أثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات في مدينة عمان

إعداد
سعاد غازي حامد بدران

المشرف
الدكتورة أروى العامري

المشرف المشارك
الدكتور تيسير إلياس شواش

قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير
في
علم النفس

كلية الدراسات العليا
الجامعة الأردنية

آب، ٢٠١٠

ب

قرار لجنة مناقشة

نوقشت هذه الرسالة/الأطروحة (أثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات في مدينة عمان) وأجيزت بتاريخ ٢٠١٠/٧/٢٨

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتورة أروى العامري، مشرفاً أستاذ مشارك - علم النفس الإكلينيكي	....
الدكتور تيسير فؤاد إلياس، مشرفاً مشاركاً أستاذ مساعد - علم النفس الإكلينيكي	....
الدكتور محمد بني يونس ، عضواً أستاذ مشارك - علم النفس الفسيولوجي	....
الأستاذ الدكتور يوسف أبو حميدان ، عضواً أستاذ تحليل السلوك التطبيقي	....
الدكتور فوزي شاكر طعيمة، عضواً أستاذ مشارك - علم النفس الإكلينيكي جامعة عمان الأهلية	....

الإهداء

إلى من علمتني الكلمة الأولى في حياتي أمي الغالية

إلى الشمعة التي أنارت لي الطريق وأخذت بيدي والدي الحبيب

إلى الصرح الذي حفر اسمه بجدارة على جدران قلبي وعقلي وسار بي إلى العلياء جامعتي الحبيبة

إلى كل من علمني حرفاً وكل من سيستقي مني حرفاً يفيد به ويستفيد

أهديكم خلاصة جهدي المتواضع

سعاد بدران

الشكر والتقدير

بداية الحمد والشكر لله عز وجل الذي وفقني لإنهاء هذا العمل وأعانني على إنجازه. ولم يكن من الممكن لهذه الدراسة أن تصل إلى ما وصلت إليه بدون مساعدة العديد من الأشخاص، ويسعدني كثيراً أن أتقدم لهم بجزيل الشكر والامتنان لمساعدتهم القيمة.

أولاً أتقدم بالشكر وعظيم الامتنان إلى مشرفي العزيـزين الـدكتورة أروى العـامري، والدكتور تيسير إلياس على ما قدماه لي من وقتهما الثمين، وعلى متابعتهما للعمل خطوة بخطوة منذ بدايته وحتى النهاية. وكما أتقدم بالشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة كل من الدكتور محمد بني يونس، والدكتور فوزي طعيمة، والأستاذ الدكتور يوسف أبو حميدان لتفـضلهم بقـراءة هـذه الدراسة وتنقيحها.

كما وأتقدم بعظيم الشكر لكل من الدكتورة خوله السعايدة، والدكتور محمد الـشقيرات، والدكتور مروان الزعبي، والدكتور أشرف القضاة، والسيد عباس طلافحة الذين لـم يتـرددوا بمساعدتي.

وأخيراً أود أن أشكر أختي العزيزة رشا بدران وصديقاتي اللواتي كن مـصدر الـدعم النفسي خلال إنجاز هذا العمل وأخص بالذكر الآنسة مريم الصلاحات، والآنسة هديل المخيمر، والآنسة منار عواد، والطالب راجي أبو عرار.

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

أثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات في مدينة عمان

إعداد
سعاد غازي حامد بدران

المشرف
الدكتورة أروى العامري

المشرف المشارك
الدكتور تيسير إلياس شواش

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة أثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق لدى عينة من النساء المعنفات في مدينة عمان. تكونت عينة الدراسة من (17) امرأة معنفة، منهن (12) سيدة متزوجة، و(5) غير متزوجات. من نزلاء دار الوفاق الأسري. حيث تم اختيار النساء المعنفات اللواتي تم تشخيصهن على أنهن تعانين من اضطراب ما بعد الصدمة وحصلن على أعلى الدرجات على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة الذي طوّر خصيصاً لتشخيص الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة والمستخدم في الدراسة الحالية. وقد تسرب أربعة من أفراد العينة خلال الجلسات الأولى وأكملت (13) البرنامج العلاجي كاملاً. واستخدمت الباحثة تصميم اختبار قبلي – بعدي للمجموعة الواحدة. وتم تطبيق ثلاثة مقاييس وهي: مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس القلق حالة – سمة في القياس القبلي، ثم تلقى أفراد العينة البرنامج العلاجي السلوكي- المعرفي الذي تكون من عشر جلسات تراوحت مدة كل منها ما

بين (90– 120) دقيقة لمدة عشر أسابيع. وفي الجلسة الأخيرة تم إجراء القياس البعدي بتطبيق الثلاث المقاييس المستخدمة في الدراسة مرة أخرى.

تم حساب المتوسطات الحسابية القبلية والبعدية لدرجات أفراد العينة على جميع المقاييس. وأستخدم اختبار (ت) للمجموعات المترابطة لمعرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات القبلية والبعدية. أظهرت النتائج تدني المتوسطات البعدية مقارنة مع المتوسطات القبلية وأظهر اختبار (ت) فروقاً دالة على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة وعلى أبعاده الفرعية الثلاثة: بعد تكرار الخبرة، وبعد التجنب، وبعد الإستثارة الزائدة. كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية على الدرجة الكلية لمقياس بيك للاكتئاب على مقياس القلق كحالة – كسمة.

وأخيراً فإن هذه الدراسة قد خلصت إلى نتيجة مفادها أن البرنامج العلاجي السلوكي – المعرفي المستخدم في هذه الدراسة كان فعالاً في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات. كما أنه كان فعالاً في خفض درجة الاكتئاب ومستوى القلق لديهن.

الفصل الأول

المقدمة

أصبح العنف ضد المرأة وما يتعلق به من مفاهيم موضع اهتمام ومصدر قلق لدى العديد من دول العالم في السنوات الأخيرة، ويأتي هذا القلق استجابةً لزيادة العنف الموجه ضد المرأة في مختلف أنحاء العالم واتخاذه أشكالاً حديثة من شأنها أن تودي بحياة المرأة (عبد المحمود،2005). حيث أظهرت دراسة خاصة بالعنف العائلي وتأثيره على صحة المرأة أجرتها منظمة الصحة العالمية عام (2002) في عشرة بلدان أن نسبة (15% - 71%) من النساء تعرضن للعنف الجسدي أو الجنسي مارسه ضدهن أزواجهن أوالأشخاص الذين يعاشروهن (منظمة الصحة العالمية،2002).

وأشارت العديد من الدراسات الميدانية لمنظمات إنسانية غير حكومية أن امرأة واحدة على الأقل من بين ثلاث نساء تتعرض للضرب والإهانة بشكل يومي كما ورد في (بنات، 2006) كما ذكرت منظمة الصحة العالمية أن قرابة (70%) من ضحايا جرائم القتل من الإناث يقتلن على أيدي شركائهن من الذكور وأن (80%) من النساء والأطفال الذين يتعرضون للقتل أو الإساءة يتم قتلهم باستخدام الأسلحة أو الأدوات الحادة، ووجد في فرنسا أن (95%) من ضحايا العنف هنّ نساء ، وأن (51%) منهنّ تعرضنّ للضرب من قبل أزواجهنّ. وفي كندا وجد أن (60%) من الرجال يمارسون العنف ضد المرأة. وإن نسبة (66%) تتعرض بها العائلة كلها للعنف، وكما أشارت تقارير دولية عديدة إلى أن (8) نساء من بين كل (10) نساء هن ضحايا للعنف، سواء الأسري أو القتل، ففي البيرو مثلاً،(70 %) من ضحايا الجرائم المسجلة لدى الشرطة هي من النساء ، و(50 %) منهنّ يتعرضنّ للعنف بشكل دائم.

وتشير الإحصائيات الرسمية في الأردن إلى أن عدد النساء المتعرضات للعنف كبير وفي تزايد مستمر، حيث سجلت (163) حالة اعتداء منها (74) حالة اعتداء جنسي و (62) حالة اعتداء جسدي عام (1998). ووصلت إلى (312) حالة منها (261) حالة اعتداء جنسي و (51) حالة اعتداء جسدي عام (2009) ويبدو من ذلك أن الرقم تضاعف خلال العشر سنوات الماضية. وتفيد إحصائيات المركز الوطني للطب الشرعي أن المركز يتعامل مع ما معدله (700) حالة اعتداء جنسي ضد المرأة سنوياً (إدارة حماية الأسرة، 2010).

وفي دراسة أجرتها العواودة (1998) لمعرفة نسبة انتشار العنف الممارس ضد المــرأة في الأردن، ووجدت أن العنف الجسدي هو أكثر أشكال العنف ضد المرأة انتشاراً حيث وصلت نسبته إلى (62.3%) ، والعنف اللفظي (53%)، وبلغت نسبة انتــشار العنــف الاجتمــاعي (48%)، والعنف الصحي (51%)، والعنف الجنسي (48%) بين أفراد العينة المكونة من 300 امرأة متزوجة من (الحضر، الريف، البدو، المخيمات).

وتشير اصدارات منظمة الصحة العالمية في مجال العنف ضد المرأة إلى وجود علاقــة بين تعرض المرأة للعنف وظهور ردود فعل نفسية من أهمها اضطراب ما بعد الــصدمة. فقــد أظهرت الدراسات أن نسبة كبيرة من النساء المعرضات للعنف قد تظهر لديهن أعــراض هــذا الاضطراب (منظمة الصحة العالمية، 2002). وتزداد نسبة تطور هذه الاضطرابات مع تكرار التعرض للعنف بالأخص الاعتداءات الجنسية، فقد وجد عبــد الــرحمن (1999) أن (35%-40%) من النساء المعنفات أظهرن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. وفي دراســة أجراهــا كلباتريك و آخرون (Kilpatric; et al, 1987) على النساء اللواتي تعرضن للاعتداء الجنسي في الولايات المتحدة، وجد أن (57%) من النساء في العينة ظهر عليهن علامات اضطراب ما بعد الصدمة. ووجد كل من روثبوم وفوا، (Rothbaum, & Foa, 1992) أن (94%) مــن النساء اللاتي اشتركن في دراسة تتبعية بعد التعرض لاعتداء جنسي ظهرت لــديهن أعــراض اضطراب ما بعد الصدمة.

وتوصل لي وبوميروي وبوهما (Lee, Pomeroy, & Bohma, 2007) إلى وجــود علاقة بين العنف وظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب، كما وجــد أن زيــادة العنف تؤدي إلى زيادة هذه الأعراض وشدتها، وهو ما توصلت له نيكــول (Nicole, 2007) حيث أجرت دراسة على (128) سيدة تعرضت للعنف. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة بــين التعرض للعنف وظهور اضطراب ما بعد الصدمة و الاكتئاب. كما توصلت كيمب (Kemb) المذكورة في (Abel, 2001) في دراستها إلى أن (85%) من النساء المعنفات الموجودات في مراكز الحماية تعانين من القلق و الاكتئاب و فقدان الشهية واضــطراب مــا بعــد الــصدمة واضطراب في النوم و الميل إلى العزلة. ووجد جيل و سزانفون و بيج (Gill, Szanfon, & Page, 2005) أن (74% - 92%) من النساء المتعرضات للعنف من أزواجهم يعانون مــن اضطراب ما بعد الصدمة مقارنة مع النساء غير المعنفات، كما توصلوا إلى أن اضطراب مــا

بعد الصدمة يرتبط بوجود ضعف في جهاز المناعة في الجسم، كما يرتبط بالسمنة وزيادة خطر الإصابة بداء السكري، ويؤدي إلى وجود صعوبات في النوم .

ومن خلال هذه الدراسات تبين وجود علاقة بين تعرض النساء للعنف وظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لديهن نتيجة للعنف الواقع عليهن، ولقلة الدراسات المهتمة بتشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية الناتجة عن العنف فإن هذه الدراسة تهدف إلى بناء برنامج علاجي سلوكي معرفي لعلاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء اللاتي تعرضن إلى عنف عائلي (Domestic Violence) من قِبل أزواجهن أو آبائهن أو إخوانهن أو الذكور في العائلة، واللواتي تتراوح أعمارهن ما بين (17– 40) سنة ، متزوجات أو عازبات.

مشكلة الدراسة

أشارت الدراسات السابقة (Kilpatric, 1987; Rothbaum & foa, 1992; Lee, Pomeroy & Bohma, 2007; Nicole, 2007; Abel, 2001; Gill, Szanfon & Page, 2005) إلى ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات مما يستدعي ضرورة وجود برامج علاجية لهذه الفئة من النساء. ولذلك تسعى الدراسة الحالية لتطوير برنامج علاجي سلوكي معرفي لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن تعرض المرأة للعنف وذلك لقلة الدراسات التطبيقية التي اهتمت بجانب الاضطرابات النفسية وعلاجها عند هذه الفئة من النساء في الأردن.

أهداف الدراسة و فرضياتها

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات في مدينة عمان وذلك من خلال فحص الفرضيات الآتية:

1. يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة على الدرجة الكلية للمقياس وعلى أبعاده الفرعية الثلاثة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعود لاستخدام برنامج العلاج السلوكي المعرفي.

2. يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس بيك للاكتئاب عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعود لاستخدام برنـــامج العـــلاج الـــسلوكي المعرفي.
3. يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس القلق كسمة- القلق كحالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعود لاستخدام برنـــامج العـــلاج السلوكي المعرفي.

ولاختبار صحة هذه الفرضيات تم استخدام التصميم ما قبل التجريبي (تصميم اختبـــار قبلي- بعدي للمجموعة الواحدة.

أهمية الدراسة

ازداد الاهتمام في الأردن بمشكلة العنف الأسري و العنف ضد المرأة مؤخراً، حيـــث تـــم إنشاء مراكز متخصصة للتعامل مع هذه الحالات، وبشكل عام فإن هذه المراكـــز المتخصـــصة تركز على هذه المشكلة من ناحية اجتماعية و تبحث في الآثار السلبية الناتجة عنهـــا وتحـــاول التعامل معها. ومن هذه المراكز المتخصصة في التعامل مع حالات العنف الموجودة في الأردن أولاً : إدارة حماية الأسرة التي تأسست عام (1997) ويتبع لها العديد من المراكز. ثانياً: اتحاد المرأة الأردنية والذي تأسس عام (1974). ثالثاً: مؤسسة نهر الأردن والتي تأســـست عـــام (1995) (إدارة حماية الأسرة، 2008). بالإضافة إلى ذلك فقد اقتصرت أغلبية الدراسات السابقة التي تناولت موضوع العنف ضد المرأة والتعرف على أنواع ومدى انتشار العنف الموجه ضد المرأة، وكذلك التعرف على آثار هذا العنف ونتائجه السلبية، ولم تستخدم هذه الدراسات برامج علاجية للتعامل مع الاضطرابات النفسية الناتجة عن العنف الذي تعرضت له النساء وتبعا لذلك تكمن أهمية هذه الدراسة في محاولتها توظيف برنامج علاجي في تخفـــيض الآثـــار النفـــسية المرتبطة بالعنف العائلي، حيث أنها :

1. تسعى لمعرفة درجة فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي فـــي خفـــض أعـــراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات.
2. تسعى لمعرفة فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في خفض درجـــات الاكتئـــاب المرافق لاضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات.

3. تسعى لمعرفة فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تقليل القلق لدى عينـــة مـــن النساء المعنفات.
4. أنها باكورة الدراسات في الأردن التي عملت على تطوير برنامج علاجـــي لمـــساعدة النساء المعنفات في التغلب على الاضطرابات النفسية ، وتباعاً تفتح المجال للآخـــرين للعمل على تطوير برامج علاجية تساهم في التقليل من الاضطرابات النفسية لدى النساء المعنفات وغيرهن.

التعريفات النظرية و الإجرائية لمتغيرات الدراسة

تم تعريف متغيرات الدراسة بعد مراجعة الدراسات الـــسابقة والأدبيـــات ذات الـــصلة بالعنف العائلي والاضطرابات النفسية على النحو الآتي:

- **اضطراب ما بعد الصدمة:** أحد اضطرابات القلق و ينـــشأ بعـــد التعـــرض لحـــادث أو مجموعة من الحوادث تشمتل على التهديد بالموت أو جرح خطير، حقيقي أو مهدد، أو تهديد للسلامة الجسمانية للشخص أو لأشخاص آخرين. وتشمتل على استجابة الشخص لهذا الحدث الخوف أو العجز أو الذعر الشديد، ومن أعراضه معايشة الشخص الحدث الصادم باستمرار بطرق مختلفة، ومحاولة تجنـــب المثيـــرات المرتبطـــة بالـــصدمة، بالإضـــافة إلـــى وجـــود أعـــراض زيـــادة الاســـتثارة (American Psychiatric Association, 2000).

ويعرف إجرائيا لأغراض هذه الدراسة: بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحـــوص علـــى مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

- **النساء المعنفات:** النساء اللاتي تعرضن لنوع من أنواع العنف تسبب في أذى نفسي أو جسدي أو جنسي أو تسبب في معاناة المرأة (عبد الجواد، 2004).

ويعرف إجرائياً : هن النساء اللاتي تم تحويلهن إلى دار الوفاق الأسري المخصص للتعامل مع النساء المعرضات للعنف الجسدي أو الجنسي أو أي من أنواع العنف الأخرى.

- **البرنامج العلاجي السلوكي المعرفـــي:** و يعرف إجرائيا بأنه مجموعة من آليات العلاج السلوكي المعرفي والتي تم استخدامها في هذه الدراسة وهي:

1. توعية المريض وتثقيفه حول أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وإجـــراءات العلاج، وما هو مطلوب منه.

2. الاسترخاء العضلي.
3. التنفس العميق.
4. إعادة البناء المعرفي.
5. الحديث الإيجابي مع الذات.
6. مناقشة الأفكار اللاعقلانية.
7. تصحيح الأفكار الخاطئة المرتبطة بالصدمة.
8. التخيل الموجه.
9. لعب الأدوار.
10. التدريب على توكيد الذات .
11. التعرض بالخيال.

محددات الدراسة:

1. اقتصرت الدراسة على عينة من النساء اللاتي تعرضن للعنف في مدينة عمان ، من المتزوجات وغير المتزوجات والمقيمات في دار الوفاق الأسري المختص للتعامل مع حالات العنف المختلفة، واللواتي تتراوح أعمارهن بين (18 – 40) سنة .
2. لم تتمكن الباحثة من تطبيق المقاييس في التقييم التتبعي بسبب تسرب العينة.
3. صغر حجم العينة، وذلك لصعوبة الحصول على عدد كاف من النساء المعنفات اللاتي يرغبن في الاشتراك والالتزام في البرنامج.
4. لم تتمكن الباحثة من دراسة الاعراض النفسية الأخرى التي ترافق اضطراب ما بعد الصدمة مثل (اضطراب الهلع، المخاوف المرضية).

الفصل الثاني

الإطار النظري و الدراسات السابقة

يتناول هذا الفصل عرضاً لمختلف المتغيرات التي تتناولها الدراسة الحالية، وما أجري في مجالها من دراسات عربية و أجنبية.

أولاً: اضطراب ما بعد الصدمة

يعتبر اضطراب ما بعد الصدمة أحد اضطرابات القلق، و يصيب (8%) من الناس في مرحلة ما في حياتهم، ويكونوا قد تعرضوا إلى ضغوط مختلفة مثل الاعتداء الجسدي أو الجنسي أو الإساءة في الطفولة، أو تعرضوا للتعذيب في السجن، أو تعرضوا لحوادث خطيرة مثل تحطم الطائرات أو حوادث سير بشعة، أو الكوارث الطبيعية. وقد يتأثر الفرد المتعرض لهذه الضغوط أو من يشاهدها، ويعتبر اضطراب ما بعد الصدمة من الاضرابات التي صنفت حديثاً ضمن اضطرابات القلق ففي عام 1980 تم الاعتراف لاول مرة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية PTSD، وذلك في الطبعة الثالثة من المرشد التشخيصي الإحصائي الأمريكي DSM–III .
فبعد الحرب الفيتنامية بدأت بعض الأعراض النفسية بالظهور على الجنود في الميدان نتيجة لما عانوه في ساحات المعركة. ووجد الباحثون أن هذه الأعراض النفسية تظهر بين النساء عند التعرض للاغتصاب الجنسي ، إلى جانب أسباب أخرى مثل رؤية شخص ما يموت ، أو يتألم من جرح بليغ ، أو التعرض إلى حادثة خطيرة، أو اكتشاف خيانة زوجية .
فيما كانت الأسباب الأكثر شيوعاً بين الرجال تعزى إلى خبرات المعارك أو رؤية شخص ما يحتضر. وهذا الاضطراب PTSD يكون شائعاً عموماً بين الناس الذين يتعرضون إلى الكوارث الطبيعية والبيئية مثل الفيضانات والزلازل والحرائق وحوادث القطارات والطائرات ..
وهكذا أصبح هذا الاضطراب معروفاً بين الناس ومعترفاً به في التصانيف الطبية النفسية ، حيث وصفته الطبعة المنقحة للمرشد التشخيصي (DSM–III–R , 1987) بأنه " أي حادثة تكون خارج استجابة مدى الخبرة المعتادة للفرد ، وتسبب له الكرب النفسي Distress ، وتكون استجابة الضحية فيه متصفة بـــ" الخوف الشديد ، والرعب ، والشعور بالعجز" .
فيما نبهت آخر طبعة لهذا المرشد الطبي النفسي (DSM–IV , 1994)إلى ضرورة التمييز بين اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية PTSD وبين اضطراب الضغط الحاد Acute Stress

Disorder، حيث يستعمل المصطلح الثاني لوصف الحالة التي يكون فيها تماثل سريع للشفاء من ضغط الحادث الصدمي ، فيما يستعمل اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية PTSD لوصف الحالة التي لا يحصل فيها شفاء سريع من هذا الضغط (كامل، 2006).

المحكات التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة حسب (DSM-IV-TR, 2000):

أ- تعرض الشخص لحدث صادم يتوافر فيه ما يلي:

1. عايش الشخص (أو شهد أو واجه) حدثاً أو أحداثاً تشتمل على موت أو جرح خطير حقيقي أو مهدد، أو تهديد للسلامة الجسمانية له أو لأشخاص آخرين.
2. اشتملت استجابة الشخص على خوف أو عجز او ذعر شديد.

ملاحظة: بالنسبة للأطفال قد تأتي الاستجابة بدلاً من ذلك في صورة سلوك متناثر أو متهيج.

ب- تكرار معايشة الحدث الصادم على الأقل بطريقة واحدة أو أكثر مما يلي:

1. ذكريات مؤلمة للحدث، تعاود الشخص وتقتحم وعيه، تتضمن صوراً ذهنية أو أفكاراً أو إدراكات حسية. ملاحظة : بالنسبة للأطفال الصغار قد يحدث في صورة لعب متكرر يتم فيه التعبير عن الموضوعات الرئيسية للصدمة أو جوانب منها.
2. أحلام مزعجة متكررة تدور حول الحدث الصادم. ملاحظة: بالنسبة للأطفال قد تكون هناك أحلام مخيفة بدون مضمون محدد.
3. يتصرف الشخص ويشعر كأن الحدث الصادم قد عاوده (يتضمن إحساساً بإعادة معايشة، وخداعات حسية، وهلاوس، بما فيها تلك التي تحدث عند الاستيقاظ .

ملاحظة: بالنسبة للأطفال قد يكون هناك إعادة تمثيل للصدمة.

4. كرب نفسي شديد لدى التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية ترمز إلى الحدث الصادم أو تشبه جانباً منه.
5. تفاعل فسيولوجي حاد لدى التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية ترمز إلى الحدث الصادم أو تشبه جانباً منه.

ج- التجنب الدائم للمثيرات المرتبطة بالصدمة، وخدر (تبلد) في الاستجابات عموماً (لم يكن موجوداً قبل الصدمة)، كما يتبين في ثلاثة (أو أكثر) مما يلي:

1. محاولات لتجنب الأفكار أو المشاعر أو المحادثات المرتبطة بالصدمة.
2. محاولات لتجنب الأنشطة أو الأماكن أو الشخصيات التي تثير ذكريات الصدمة.

3. عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الصدمة.
4. نقص ملحوظ في الاهتمام أو المشاركة في أنشطة مهمة.
5. الإحساس بالانسلاخ أو الاغتراب عن الآخرين.
6. ضيق المجال الوجداني (مثلاً: عاجز عن الإحساس بمشاعر الآخرين).
7. الإحساس بأن المستقبل لن يطول (لا يتوقع مثلاً أن تكون له مسيرة مهنية أو زوجية أو أولاد أو أمد حياتي عادي).

د- ظهور أو وجود أعراض زيادة الاستثارة بشكل دائم (لم تكن موجودة قبل الصدمة) كما يتبين في اثنين (أو أكثر) مما يلي:

1. صعوبة البدء في النوم أو مواصلته.
2. النزق، أو انفجارات الغضب.
3. صعوبة التركيز.
4. زيادة اليقظة (التوجس).
5. زيادة استجابة الإجفال.

هـ - تظهر (أعراض "ب" و "ج" و"د") بعد شهر من الحدث الصادم.

و- يؤدي الاضطراب إلى كرب دال إكلينيكياً أو إعاقة للأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى.

ويحدد الاضطراب إذا ما كان:

حاد: إذا كانت مدة الأعراض أقل من ثلاث أشهر.

مزمن: إذا كانت مدة الأعراض ثلاث أشهر أو أكثر.

بداية الاضطراب المؤجلة: إذا بدء الأعراض بعد ستة أشهر على الأقل من حدوث الصدمة.

هذا ويتعرض (40 % - 90%) من الأشخاص إلى صدمات خلال مراحل حياتهم المختلفة، إلا أن نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة هي من (7% - 12%) (Astar, 2006)، وذلك لأن تطوير هذا الاضطراب بعد التعرض للصدمة يعتمد على عدة عوامل من أهمها.

1. شدة الحدث الصادم وحدته.
2. التقييم المعرفي للحدث الصادم و أهميته للفرد.
3. مدى قرب الشخص من الحدث.

4. كيفية رد فعل الشخص للحدث.
5. كمية و كيفية الدعم الذي تلقاه الشخص بعد الحادث.
6. ذكاء الفرد ومهاراته، واعتقاداته، واتجاهاته، وعمره، وجنسه، ووضعه الاجتماعي والاقتصادي والديني.
7. مدى تعرضه لخبرات صادمة سابقة أو اضطرابات أخرى (montada.arahman.net/t16046.html).

الاتجاهات النظرية في تفسير اضطراب ما بعد الصدمة

- **الاتجاه البيولوجي الوراثي**

ويقوم هذا التوجه على افتراض أن هناك عوامل وراثية تؤدي إلى حدوث اضطراب ما بعد الصدمة. ولقد تم التحقق من هذا الافتراض بإجراء العديد من الدراسات على التوائم. حيث بينت هذه الدراسات أن نسبة إصابة التوائم المتطابقة باضطراب ما بعد الصدمة أكبر منها لدى التوائم الأخوية (Danaa.et. al, 2010) كما وجد فوي (Foy. et. al, 1992) من خلال معالجة الأفراد الذين تعرضوا إلى معارك أو صدمات في حياتهم ويعانون من اضطراب ما بعد الصدمة وأن ما يقارب ثلثي الأفراد المصابين بهذا الاضطراب يعيشون في أسر يعاني أفرادها من اضطرابات نفسية بما فيها اضطراب ما بعد الصدمة.

- **الاتجاه الكيميائي**

ويقول أصحاب هذا التوجه بأن التعرض إلى حادث صادم يؤدي إلى إلحاق الضرر بإفراز الغدة الكظرية وتحديداً زيادة في مستويات النورأدرينالين والدوبامين، وزيادة في مستوى الإثارة الفسيولوجية، فينجم عن هذه التغيرات استجابة مروعة من الخوف والجفلة تظهر على الفرد بشكل كبير ومتكرر. حيث وجد داننا (Danna.et. al, 2010) أن مستوى النورأدرينالين والأدرنالين كان مرتفعاً لدى المرضى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة.

وأشارت دراسات أخرى إلى زيادة في ضربات القلب وارتفاع في ضغط الدم وزيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي لدى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة. وتوصلت دراسات أخرى إلى أن جهاز المناعة لدى الأفراد الذين تظهر لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد تعرضهم لكارثة ما يكون ضعيفاً، وأن ضعف المناعة يجعل الفرد غير قادر على مواجهة

أي حدث صادم. كما أشارت الدراسات الحديثة إلى أن حجم قرن آمون يكون أصغر حجماً لدى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة (Danna.et. al, 2010).

- **الاتجاه السلوكي**

أهتم السلوكيين بالإشراط الكلاسيكي أو الإشراط البافلوفي في تفسير الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة، حيث أن الشخص المصدوم (المتعرض للصدمة، او التعذيب، أو العنف إلـخ) يحاول الهروب من المنبهات التي تذكره بالصدمة (التجنب)، وهذه المنبهات قد أصبحت مؤلمة للشخص لأنها اقترنت مثلاً بعمليات التعذيب أو العنف أو تزامنت معها. ومـن هنـا يبـدو أن الماضي المؤلم (التجربة الصادمة) يستمر عبر الحاضر والمستقبل وكأن الصدمة تطغى علـى كل شيء بحيث لا يعود التفكير المنطقي يعمل بشكل سليم. فأصحاب هذا التوجه يعتبرون بـأن الصدمات والنكبات والحروب وأعمال العنف بمثابة منبهات غير شرطية (طبيعية) تؤدي إلـى استجابة الخوف وردود الفعل الفسيولوجية مثل التعرق و زيادة نبضات القلب إلـخ، ويجـري التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الـصدمة أو تتـشابه مـع أدواتها وتصبح منبهات أو مثيرات شرطية وتستجر اسـتجابة الخـوف والفـزع (Barlow, 1988).

- **الاتجاه المعرفي**

أظهرت العديد من الدراسات وجود علاقة بين التعرض للأحداث الـصادمة والمعرفـة اللاحقة للصدمة. بعض الناجين من الحوادث الصادمة تظهر لديهم أفكار لوم الـذات، وشـعور بالذنب ويجدون صعوبة في التأقلم مع هذه الحوادث الصادمة (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999)، وهنا يظهر لديهم تشوهات معرفية ويصبح تفكيرهم غير دقيق (Foa & Rothbaum, 1997).

واقترح كل من ريسك وشنيكي (Resick & Shnicke, 1993) أن الفرد إذا تعرض لخبرة جديدة في حياته تحتوي على معلومات جديدة لا تتسق مع المخططات العقلية الموجـودة لديه مسبقا (preexisting schemas) فإن إحدى العمليات المعرفية التالية سـوف تحـدث : الموائمة (accommodation)، الموائمة الزائـدة (overaccommodation)، الامتـصاص

(assimilation). وكان بياجيه (Piaget, 1987) أول من وصف هذه العمليات، حيث يعبر الامتصاص عن دمج أو تعديل المعلومات الجديدة حتى تتناسب مع المخططات العقلية الموجودة لدى الشخص. أما الموائمة فهي تعديل المخططات العقلية الموجودة لدى الشخص حتى تتوائم وتتفق مع المعلومات الجديدة، وتحصل الموائمة الزائدة عند حدوث تغيير غير دقيق في المخططات العقلية الموجودة لدى الشخص ويصبح لديه إفراط في التعميم.

وعند تعرض الفرد لحادث صادم فإن إحدى العمليتين(الامتصاص، أو الموائمة الزائدة) سوف تحدث، على سبيل المثال لو كان الاعتقاد الآتي موجوداً في المخططات العقلية لدى الشخص قبل تعرضه للاعتداء (إن الناس يستحقون ما يحصل لهم، وذلك لان العالم عادل)، وبعد الاعتداء سيحصل لديه امتصاص (Assimilation) بقوله: (إن هذا الاعتداء كان بسببه لأنه فشل في منع حدوثه، أو أنه قام بشيء فاستحق عليه هذا الاعتداء)، وهنا يعزوا الفرد الاعتداء إلى نفسه ويحصل تشويه في إدراك الحدث الصادم، ويظهر لدى الفرد أفكار لوم الذات والشعور بالذنب بعد الحدث الصادم مما قد يؤدي إلى حدوث اضطراب ما بعد الصدمة لديه(Foa,et.al.,1999).

- **الاتجاه التحليلي**

يرى أصحاب النظرية التحليلية أن التعرض لحدث صادم ينشط الصراعات الداخلية المكبوتة من مرحلة الطفولة، ويشمل ذلك الصدمات العاطفية التي يتعرض لها الطفل والتي أصبحت لا شعورية، وإعادة هذه الصدمات يسبب نكوصا مع ظهور الحيل الدفاعية المصاحبة وهي الكبت، والإنكار، والإبطال، وتزايد إعادة المعايشة بواسطة الأنا لتخفيف القلق والسيطرة عليه إضافة إلى المكسب الثانوي الذي يحصل عليه من المحيطين به من التعاطف والاهتمام وإشباع لحاجاته الاعتمادية، ومما يدعم الاضطراب ويبقيه مستمراً (الحجاوي، 2004).

- **نظرية ماير**

يعتبر ماير أن مستويات الطموح غير الواقعية وعدم تقبل الذات عاملان أساسيان في حدوث الاضطرابات النفسية، حيث يعتقد أن الناس يصابون بالاضطرابات لأنهم غير قادرين على تقبل طبيعتهم الخاصة، وبالتالي غير قادرين على تشكيل آمالهم وفقاً لحالتهم، ومن ثم يشعرون بالنقص والخوف والاتجاهات العُصابية الأخرى. كما يرى أن جميع الأمراض النفسية

والعقلية ما هي إلا استجابات توافقية أو تكيفية بيئية للفرد مستخدماً الإجراءات الدفاعية العُصابية (عكاشة وآخرون، 1999).

- **العوامل الاجتماعية والجسمية المساعدة**

أثبت علماء الأنثروبيولوجيا أن للحضارة والثقافة والحالة الاجتماعية أثرها البالغ في تكوين الشخصية، وبالتالي استعداد الفرد للأمراض النفسية. كذلك أوضح علماء الاجتماع أثر عدم الاستقرار، والحرمان العاطفي، والطلاق، والإدمان، أو النشأة في ملجأ، أو بيت للحضانة، وعدم التوافق الأسري في ظهور الشخصية المرضية (عكاشة وآخرون، 1999).

ثانياً: العنف ضد المرأة

شهد القرن الماضي نسباً متزايدة من العنف بكافة أشكاله. ويعتبر العنف مشكلة ذات آثار نفسية واجتماعية سلبية على الأفراد والمجتمعات (عبد المحمود، 2005). فالعنف ظاهرة لها جوانبها الاقتصادية والاجتماعية والنفسية (بنات، 2006) تعرفها كل المجتمعات البشرية بدرجات متفاوتة، فالعنف سلوك نسبي يختلف من مجتمع لآخر بل ويختلف داخل المجتمع الواحد من مكان لآخر ومن طبقة لأخرى، فلكل مجتمع مقاييسه وأحكامه وقيمه وظروفه وعاداته وتقاليده التي على أساسها تحدد سلوك الأفراد . بناءً على ذلك فإن ما يجعل سلوك الفرد سلوكاً عنيفاً هو نظرة المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد (حسين،2007). و يمثل العنف ضد المرأة مشكلة اجتماعية ذات أهمية بدأت تأخذ حيزها من الاهتمام في منتصف الستينيات وبداية السبعينيات من القرن الماضي(بنات، 2006).

تعريف العنف

يعد العنف ظاهرة معقدة ومنتشرة بشكل واسع، وتعريفه ليس أمراً علمياً محضاً بقدر ما هو اجتهادي، فتقييم الأفراد لما هو مقبول أو غير مقبول من السلوكات يخضع للقيم والمعايير الاجتماعية والسلوكية السائدة لديهم. وهناك عدة طرق لتعريف العنف وتحديده بالاعتماد على من يعرفه وما هدفه من ذلك التعريف (حلمي، 1999).

تعرف منظمة الصحة العالمية (2002) العنف على أنه الاستعمال المتعمد للقوة الفيزيائية (المادية) أو القدرة سواء بالتهديد أو الاستعمال الفعلي لها من قبل الشخص ضد نفسه

أو ضد شخص آخر أو ضد مجموعة أو مجتمع، بحيث يؤدي إلى حدوث أو رجحان حدوث إصابة أو موت أو إصابة نفسية أو سوء النماء أو الحرمان. ويتضمن التعريف بشكل واسع العنف بين الأشخاص، وكذلك السلوك الانتحاري، والصراعات المسلحة، كما ويغطي مجالاً واسعاً من أعمال العنف (الجرائم)، وكذلك الانتهاك الفيزيائي، ويشمل التهديد وبث الرعب، بالإضافة إلى الموت، والإصابات، ويشتمل هذا التعريف المظاهر العديدة للسلوك العنيف (منظمة الصحة العالمية، 2002).

وتعرف العنف ضد المرأة على أنه أي فعل عدواني يقع على المرأة يتسبب في أذى نفسي أو جنسي أو جسدي، أو يتسبب في معاناة المرأة، ويتضمن التهديد أو الحرمان من الحرية بشكل إجباري أو تعسفي سواء في الحياة العامة أو الخاصة (منظمة الصحة العالمية، 2002).

كما يعرف العنف على "أنه السلوك الذي يتضمن استخدام القوة في الاعتداء على شخص آخر دون إرادته، أو الإتيان أو الامتناع عن فعل أو قول من شأنه أن يسيء إلى ذلك الشخص ويسبب له ضرراً جسمانياً أو نفسياً أو اجتماعياً" (عبد المحمود،2005، ص 13).

وتشير عبد الوهاب (1994) إلى أن العنف ضد المرأة هو ذلك السلوك أو الفعل الموجه إلى المرأة على وجه الخصوص، سواء كانت زوجة، أو أماً، أو أختاً، أو ابنة ويتميز بدرجات متفاوتة من التمييز والاضطهاد ، والقهر، والعدوانية الناجمة عن علاقات القوة غير المتكافئة بين الرجل والمرأة (عبد الوهاب، 1994، ص 8).

تعرف بنات (2006) العنف ضد المرأة بأنه أي سلوك عدائي موجه نحو المرأة بقصد إلحاق الأذى والضرر الجسمي أو النفسي أو المادي أو الاجتماعي أو الصحي أو اللفظي (بنات، 2006، ص 22).

وتذكر التل كما ورد في بنات (2006) أن العنف ضد المرأة "هو أي عمل أو تصرف عدائي أو مؤذ أو مهين، يرتكب بأية وسيلة، وبحق أيه امرأة لكونها امرأة، ويخلق لها معاناة جسدية، أو نفسية، أو جنسية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وذلك من خلال الخداع ، او التهديد، أو التحرش، أو الإكراه، أو العقاب، أو إجبارها على البغاء، أو إهانة كرامتها الإنسانية أو سلامتها الأخلاقية، أو التقليل من شأنها أو احترامها لذاتها، أو الانتقاص من إمكاناتها الذهنية والجسدية. ويتراوح العنف بين الإهانة بالكلام وحتى القتل" (بنات، 2006، ص 21).

وتعرفه بشناق بأنه أي فعل يشمل ضرب وإهانة المرأة بشكل مقصود من قبل الرجل، مستغلاً بذلك قوته الجسدية والسلطوية (مركز التوعية والإرشاد الأسري، 2001).

وعرفه (حلمي، 1999) بأنه أي فعل يهدف إلى إيذاء المرأة مع توفر القصد بإحداث ضـــرر جسدي ونفسي لشخص المرأة.

وتم تعريف العنف ضد المرأة في الإعلان العالمي بشأن القضاء على العنــف ضــد المــرأة الصادر عن المجلس الاقتصادي والاجتماعي عام (1993) بــ:

"**أولاً:** يعني تعبير " العنف ضد المرأة " أي فعل عنيف تدفع إليه عصبية الجنس ويترتب عليه، أو يرجح أن يترتب عليه، أذى أو معاناة للمرأة، سواء من الناحية الجــسمانية أو الجنــسية أو النفسية بما في ذلك التهديد بأفعال من هذا القبيل أو القسر أو الحرمان التعسفي من منع الحرية، سواء حدث ذلك في الحياة العامة أو الخاصة.

"**ثانياً:** يفهم بالعنف ضد المرأة أنه يشمل (على سبيل المثال لا على سبيل الحصر)، ما يلي:

1. العنف البدني والجنسي والنفسي الذي يحدث في إطار الأسرة بما في ذلك الــضرب و الاعتداء الجنسي على أطفال الأسرة الإناث، والعنف المتــصل بــالمهر، واغتــصاب الزوجة، وختان الإناث وغيرها من الممارسات التقليدية المؤذية للمرأة، والعنف غيــر الزوجي والعنف المرتبط بالاستغلال.

2. العنف البدني والجنسي والنفسي الذي يحدث في إطار المجتمع العــام بمــا فــي ذلــك الاغتصاب والاعتداء الجنسي والمضايقة الجنسية والتخويف في مكــان العمــل وفــي المؤسسات التعليمية وأي مكان آخر، والاتجار بالنساء وإجبارهن على البغاء.

3. العنف البدني والجنسي والنفسي الذي ترتكبه الدولة أو تتغاضى عنه إينما وقع" (مركز التوعية والإرشاد الأسري،2001 ، ص 113).

نلاحظ أن جميع التعريفات السابقة تصف مصطلح العنف ضد المرأة على أنه مجموعة من السلوكيات تتضمن، الإيذاء الجسدي، الجنسي، والتهديد، أو الإساءة الفظية والإذلال، إضافة إلى المطاردة و المضايقات الجنسية من قبل الزوج، أو الأب، أو الأخ.

خصائص العنف

(1) تعمد الإيذاء وإلحاق الأذى والضرر.

(2) العنف ذو طبيعة مادية ومعنوية وتتمثل في إصابة الضحية جسمياً أو نفسياً أو قد تشمل الاثنين معاً.

(3) يختلف العنف في درجته فقد يكون بسيط أو شديد وقد يصل للقتل.

(4) يكون العنف مباشر أو غير مباشر (حسين، 2007).

النظريات التي فسرت العنف

تعدد النظريات المفسرة لسلوك العنف، ومن أهم هذه النظريات التي تناولت هذا السلوك ما يلي:

النظرية البيولوجية

يرى أصحاب هذه النظرية بأن سلوك العنف مرتبط بالتركيبات الجينية والهرمونية الموجودة لدى الأشخاص الذين يمارسون سلوك العنف، فقد وجد العلماء نقص في مادة السيروتونين لدى الأشخاص الذين يمارسون العنف بشكل متكرر. كما وجدوا أن للمخيخ والجهاز الحدي الفاصل والفص الأمامي من الدماغ علاقة بالسلوكات العدوانية. كما أن عدم تنظيم إفراز بعض النواقل العصبية مثل النورابنفرين والدوبامين والسيروتونين يؤدي إلى وجود السلوك العدواني. كما أن الإصابة بأمراض الدماغ وخاصة وجود ورم في أجزاء الدماغ يؤدي إلى بعض السلوكات العدوانية (Celles & Cornell, 1983; Isaacs, 2001).

نظرية فرويد في التحليل النفسي

يفترض فرويد أن جميع الغرائز تهدف إلى تخفيف التوتر الموجود لدى الإنسان وتحدث فرويد عن نوعين من الدوافع أو الغرائز الموجودة لدى الإنسان أولها دوافع البقاء، وافترض أن الناس تدفعهم رغبات عارمة لكسب المتعة أو اللذة والمحافظة على الذات. وأطلق فرويد على هذا الدافع اسم إيروس. أما الدافع الثاني الموجود لدى البشر هو الدافع إلى الموت، وتدمير الذات، والعودة إلى حالة اللاحياة، والخلود إلى الطمأنينة التي لم تتحقق لنا إلا في رحم الأم أو على ثديها، وأطلق فرويد على هذا الدافع اسم ثاناتوس. ويرى فرويد أن إشباع غريزة الموت يتحقق بتحويل العدوان الموجه نحو الذات إلى الخارج (لابد أن ندمر شيئاً أو شخصاً آخر بدلاً من تدمير أنفسنا). فإذا لم تجد غريزة الموت طريقاً مقبولاً للتعبير عن نفسها، فإن الناس سيلجئون إلى العدوان من وقت إلى آخر لإطلاق الطاقة العدوانية المتراكمة لديهم، ويرى

فرويد أننا بحاجة إلى التعبير عن الطاقة العدوانية المدمرة الموجودة لدينا من حين إلى آخر تماماً مثل حاجتنا إلى الطعام والشراب (مكلفين و غروس، 2002).

نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning

يرى باندورا (Bandura) أن معظم السلوك الإنساني سلوك متعلم، يتم اكتسابه من خلال ملاحظة سلوك الآخرين ونمذجة ذلك السلوك، وإذا ما تم تعزيز تلك السلوكات المتعلمة فإنها تستمر، ويعتبر السلوك العدواني أحد السلوكات التي يتعلمها الإنسان خلال حياته. وحدد باندورا ثلاثة مصادر رئيسية لتعلم سلوك العنف في المجتمع، وتتمثل هذه المصادر في تأثير الأسرة، والثقافة الفرعية للعنف، والإقتداء بالنموذج الرمزي، وهذه المصادر يمكن أن تسبب العنف بدرجات متفاوتة (مكلفين وغروس، 2002). فالأسرة تعد المصدر الأول والرئيسي في تعلم الأفراد سلوك العنف، فالطفل الذي يشهد عنفاً بين والديه يتعود على سلوك العنف، فلا يتعلم التفاهم والتعاطف كوسائل لحل المشكلات مما يزيد احتمالية خرقه للقوانين عندما يكبر، ويزيد من احتمال ارتكابه للعنف بحق الآخرين، فالطفل داخل الأسرة العنيفة يتعلم نماذج وأساليب استخدام العنف متبنياً في ذلك تنظيمات معرفية واتجاهات نفسية مؤيدة ومتقبلة للعنف كنموذج بديل عن التفاهم لحل المشكلات والصراعات التي تواجهه (أبو شهبة ، عبد الغني، المجدوب، 2003). وتعد الثقافة الفرعية المصدر الثاني للعنف، فيحدث العنف نتيجة تبني قيم الثقافة الخاصة بالعنف، حيث يخضع أعضاء هذه الثقافة للمعايير والاتجاهات والقيم الأساسية للثقافة الفرعية للعنف. وتتميز الثقافة الفرعية للعنف بأن لها اتجاهات إيجابية نحو العنف، وأن هذه الاتجاهات تشجع ظهور سلوك العنف في كثير من الأحيان. كما يفضل أعضاء هذه الثقافة أسلوب الخشونة في المعاملة، ويشجعون السلوك العدواني بين الذكور (أبو شهبة وآخرون، 2003). أما المصدر الثالث لسلوك العنف فيتمثل في الاقتداء بالنموذج الرمزي في وسائل الإعلام، وخاصة التلفاز. فيرى باندورا أن الأفراد يتعلمون السلوك العدواني من مشاهدة العنف المقدم في التلفاز. وتؤكد دراسة سهير إبراهيم (1997) المذكورة في أبو شهبة (2003) على أن الشخصية التلفزيونية أو بطل الفلم يعتبر نموذجاً لسلوك المشاهدين الذين يكتسبونه من مشاهدة السلوك المقدم في المحتوى الإعلامي (أبو شهبة وآخرون، 2003؛ حلمي، 1999).

نظرية الإحباط والعدوان Frustration and Aggression Theory

يفترض أصحاب هذه النظرية أن العدوان ينتج دائماً عن الإحباط، كما أن الإحباط (وهو الإعاقة المتتالية للسلوك) يؤدي إلى ظهور بعض أشكال العدوان (مكلفين، 2002). ويرى أصحاب هذه النظرية أن الإحباط الذي يؤدي إلى العنف يعد نتيجة مباشرة لعدم وجود العدالة وعدم المساواة والفقر، ونقص الفرص المتاحة داخل المجتمع. فالزوج الذي يتعرض للصراعات في مجال عمله ويشعر بالضعف في التحكم في عمله أو التعامل مع زملائه أو أية عناصر أخرى في البيئة الخارجية، فإنه يمارس القوة على أفراد أسرته عندما يعود إلى منزله، إذ أنه يحول الإحباط الخارجي إلى قوة داخل أسرته، فيمارس عليهم سلوكات العنف المتمثلة بالعنف الجنسي، أو الجسدي، أو النفسي، أو اللفظي، أو المادي. وتتفاوت درجة العنف تفاوتاً كبيراً حسب حدة الحرمان النسبي الذي يعاني منه الفرد (أبو شهبة وآخرون، 2003).

نظرية الضبط الاجتماعي Social Control Theory

يرى أصحاب هذه النظرية أن العنف غريزة إنسانية فطرية تعبر عن نفسها عندما يفشل المجتمع في وضع قيود محكمة على أعضائه. فأعضاء المجتمع الذين لا يتم ضبط سلوكهم عن طريق الأسرة أو غيرها من الجماعات الأولية، يتم ضبط سلوكهم عن طريق رجال الشرطة والخوف من القانون، أي عن طريق وسائل الضبط الاجتماعي الرسمية. وعندما تفشل الضوابط الرسمية، يظهر سلوك العنف بين أعضاء المجتمع (أبو شهبة وآخرون، 2003).

نظرية زلمان في الإستثارة المحولة

يرى زلمان أن العنف يحدث نتيجة تحول التهيج أو الإستثارة الناشئة عن مثير أو مصدر معين إلى استجابة العنف أحياناً. وتزداد احتمالية حدوث سلوك العنف في حالات الاستثارة عند توافر شرطين هما : 1- وجود نزعة لردود فعل عدوانية لدى الشخص المستثار 2- عزو حالة الاستثارة خطأ إلى الحدث المستفز للعدوان وليس إلى مصدرها الحقيق (مكلفين وغروس، 2002).

النموذج الإيكولوجي (البيئي) لفهم العنف

يساعد هذا النموذج على فحص العوامل التي تؤثر على السلوك أو تزيد من احتمال خطر ارتكاب الجرائم أو الوقوع ضحية العنف، وذلك بتقسيمها إلى أربعة مستويات:

1. يشمل المستوى الأول (عوامل فردية) العوامل البيولوجية وتاريخ السوابق الشخصية التي تؤثر على كيفية تصرف الأشخاص وتزيد من احتمال دفعهم لممارسة العنف أو وقوعهم ضحايا له. وتشمل أمثلة العوامل التي يمكن قياسها مثل: الخصائص الديموغرافية كالعمر، والثقافة، والدخل، والاضطرابات النفسية، والإدمان على الكحول والمخدرات، وسوابق لممارسة العنف أو المعاناة من الانتهاك.
2. يتضمن المستوى الثاني العلاقات الوثيقة كعلاقة الأسرة والأصدقاء والأقران وثيقي الصلة، والزملاء، وثم استكشاف كيف يمكن لهذه العلاقات أن تزيد من خطر تصرف الشخص كجانٍ أو كضحية، فإذا أخذنا كمثال عنف الفتيان الذين لديهم أصدقاء متورطون في ممارسة العنف أو يشجعون عليه، فيمكن أن يزيد خطر السن من أن يكونوا ضحايا للعنف أو جناه يرتكبونه.
3. يستكشف المستوى الثالث السياق في المجتمع الذي تحدث فيه العلاقات الاجتماعية كالمدارس، وأماكن العمل، والجيران، ويبحث في تحديد صفات وخصائص هذه الحالات التي تزيد من خطر التعرض للعنف، وقد يتأثر التعرض للخطر في هذا المستوى بعوامل أخرى مثل تغير المسكن، والكثافة السكانية، والبطالة، أو وجود تجارة مخدرات محلية.
4. ينظر المستوى الرابع إلى العوامل الاجتماعية الخارجية التي تساعد في إنشاء مناخ يشجع على العنف أو يثبطه. ويشمل ذلك توفر الأسلحة والمعايير الاجتماعية والثقافية وتشمل مثل هذه المعايير إعطاء الأولوية لحقوق الأبوين فوق مصلحة الأبناء، والنظر إلى المواقف التي تتعلق بالانتحار على أنها قضية شخصية بدلاً من اعتبارها عملاً من أعمال العنف التي يجب اتقاؤها، وترسيخ سيادة الذكور على النساء والأطفال، ودعم استخدام القوة المفرطة من قبل الشرطة ضد المواطنين، أو دعم الصراعات السياسية. وتشمل العوامل الاجتماعية الأكبر من ذلك:- العوامل الصحية، والاقتصادية، والثقافية، والسياسات الاجتماعية التي تساعد على استمرار انعدام المساواة على الصعيد الاقتصادي والاجتماعي بين المجموعات المختلفة في المجتمع (منظمة الصحة العالمية، 2002).

أسباب العنف ضد المرأة

أشارت الدراسات إلى وجود مجموعة من العوامل التي توفر مناخاً يساهم في سلوك العنف نحو المرأة نذكر منها:

1- المستوى الاقتصادي المنخفض للأسرة والذي يعد عاملاً من العوامل المهيأة لارتكاب سلوك العنف داخل الأسرة، كما أن التوتر العصبي للزوج، أو الأخ، أو الأب داخل الأسرة الذي ينشأ من الضيق الاقتصادي قد يؤدي لارتكابه أفعال العنف مثل الضرب والجرح وحتى القتل داخل الأسرة (عبد الرحمن، 2006).

2- يعد إدمان الخمر والمخدرات من قبل الشخص الذي يقوم بسلوك العنف من أهم الأسباب التي تؤدي إلى ارتكابه السلوكات العنيفة ضد المرأة. إن تعاطي المؤثرات العقلية (المخدرات، والمنبهات) له آثار سلبية عديدة تؤدي لعدم الضبط الانفعالي للمتعاطي، والقيام بسلوك غير مرغوب به مثل السلوكات العدوانية، والسرقة، والاغتصاب، هذا فضلاً عما يترتب على الإدمان في كثير من الأحيان من نتائج اجتماعية واقتصادية وأخلاقية سلبية مثل: البطالة، والتشرد، والتدهور الاقتصادي داخل الأسرة (عبد الرحمن، 2006).

3- تدني المستوى التعليمي وقلة الوعي وما ينتج عنه من سلوك غير مسؤول مثل ارتكاب العنف ضد المرأة، لكن هذا لا يعني أن العنف ضد المرأة مقتصر على الأوساط متدنية الثقافة أو الأقل ثقافة وإنما هو منتشر أيضاً في الأوساط المثقفة (أبو شهبة وآخرون، 2003).

4- اتجاهات المرأة السلبية وسمات شخصيتها (الخنوع، الخضوع، وعدم التأكيد للذات) يؤدي إلى سكوتها وتقبلها للعنف ولمعاناتها إما خوفاً على مستقبل الأطفال، أو خوفاً على تدمير العائلة، أوعدم شعورها بوجود ملجأ لها (أبو شهبة وآخرون، 2003).

5- التنشئة الاجتماعية في الأسرة تلعب دوراً كبيراً في حدوث العنف، فالنساء يتم تنشئتهن على الضعف، والقبول بالأقل، وعلى العكس من ذلك فإن الرجال تتم تنشئتهم على أن لديهم القوة والسلطة و السيطرة على النساء، مما يزيد من احتمالية العنف الموجه من الرجل تجاه المرأة (الشبيب، 2007).

6- نشأة الفرد في أسرة يسودها العنف، وتباعاً يتعلم الأطفال ممارسة العنف، وقد يصبح الابن ممارساً للعنف على أخواته، وزوجته، وبناته في المستقبل.

7- وجود فروق في المستوى التعليمي بين الرجل والمرأة، مما يدفعه إلى إيذائها كنوع من التعويض عن شعوره بالنقص أو الدونية تجاهها إذا كانت تفوقه في المستوى التعليمي (الشبيب، 2007).

8- تعتبر بيئة العمل ونوع النشاط الذي يزاوله الشخص فيها، من العوامل التي تؤثر في ظاهرة العنف. كما تؤثر بيئة العمل في تحديد نوع العنف، فبعض المهن يقتضي وجود أدوات حادة بين أيدي العاملين فيها، أو يجعلهم يألفون منظر الدماء، مثل الجزارين والحلاقين والعمال الحرفيين والفلاحين (أبو شهبة، وآخرون).

9- تعود بعض حالات العنف إلى وجود بعض الأمراض العقلية والعصبية لدى الشخص الذي يمارس سلوك العنف، حيث تؤدي بعض الأمراض إلى ضعف سيطرة الجهاز العصبي على أعضاء الجسم، وبالتالي تؤثر على قدرة التمييز وحرية الإرادة. أو قد يكون الشخص مصاباً بأحد الأمراض النفسية، وأكثر هذه الأمراض صلة بالسلوك العنيف هو السيكوباتية، ويتميز هذا النمط بالقسوة والفظاظة، والأنانية، وسهولة الانفعال وشدته، وسهولة ردود فعله على الاستثارة، ويأخذ سلوك العنف لديه عدة أشكال منها الضرب، والجرح، والسب، والقذف، والإتلاف، والحرق العمد، والقتل، والسرقة، والاغتصاب (أبو شهبة، 2003؛ عبد الوهاب، 1994).

أشكال العنف الموجه ضد المرأة

تعددت أشكال العنف الذي تتعرض له المرأة في مختلف بلدان العالم، واختلفت شدته التي تبدأ بالضرب البسيط إلى التشويه الحاد أو قد تنتهي بالقضاء على حياة المرأة. وقد أشارت الأبحاث والدراسات التي أجريت على النساء المعنفات إلى أن هناك عدد كبير ومتنوع من أشكال للعنف الموجه ضد المرأة ، ومن أبرزها :

العنف الجسدي :

هو نمط سلوكي يتم به استخدام القوة الجسدية، ويتمثل بإحداث المسيء لإساءات ولإصابات متعمدة بالمرأة وتكون هذه الإساءة موجهة لجسد المرأة مثل اللكم، والصفع، والركل والعض، والدفع، والحرق، وشد الشعر، والطرح أرضاً، والحنق، ورمي الأجسام الصلبة، واستخدام بعض الآلات الحادة مثل السكين أو المقص، وقد يتم استخدامها وضرب المرأة بها أو قتلها أو قد يتم التهديد باستخدامها (بنات، 2006؛ منظمة الصحة العالمية، 2002) .

العنف اللفظي والنفسي :

يتجلى العنف اللفظي والنفسي في التقليل من أهمية المرأة ودورها من خلال إطلاق الألقاب عليها ونعتها بصفات غير لائقة مثل السب والشتم والتهميش، والهجر، والإهمال والترهيب والتخويف، مما يسبب شعور المرأة بالخوف. إضافة إلى النظرات المخيفة، والإشارات والحركات الجسدية والصوت المرتفع وتكسير الأشياء وتحطيم بعض أغراض البيت أو استعراض الأسلحة أمامها والتلويح بها، والإهانه أمام الآخرين. وكما يتضمن تعنيف الزوجة من خلال الأطفال وذلك خلال تهديدها بإيذاء الأبناء ومنعها من حضانتهم، أو رؤيتهم في حال الانفصال، أو ضرب الأبناء بشكل مبرح أمامها، وهذا بقصد التقليل من شعورها بقيمتها الذاتية والسيطرة على طريقة تفكيرها ومعتقداتها، واتجاهاتها وسمات شخصيتها (العامري، 1988؛ Holtzworth,et al 1997).

العنف الجنسي:

لدى ذكر كلمة العنف الجنسي يتبادر إلى الأذهان الاغتصاب، إلا أن الاغتصاب هو أحد أشكال العنف الجنسي ضد المرأة وهناك أشكالاً أخرى منه تتعرض له المرأة بشكل يومي. ويعرف العنف الجنسي على أنه أي فعل أو قول يمس كرامة المرأة ويخدش خصوصية جسدها من تعليقات جنسية سواء في الشارع أو عبر الهاتف أو من خلال محاولة لمس أي عضو من أعضاء جسدها دون رغبة منها بذلك، أو إجبار المرأة على القيام بأعمال جنسية، وإجبارها على ممارسة الجنس، وإجبار النساء على ممارسة البغاء، والتحرش الجنسي في أماكن العمل أو داخل الأسرة وانتقاد أسلوبها في العلاقة الجنسية (منظمة الصحة العالمية، 2002؛ بنات، 2006).

العنف الصحي:

يقصد بالعنف الصحي حرمان المرأة من الظروف الصحية المناسبة لها وعدم مراعاة الصحة الإنجابية لها. ويظهر العنف الصحي على شكل عدم سماح الزوج، أو الأب، أو الشخص المعنف للمرأة بزيارة الطبيب عموماً وأثناء الحمل وبعده خاصةً، وقد يكون العنف الصحي من قبل الزوج بمنع الزوجة من تحديد عدد مرات الحمل بناءً على وضعها الصحي،

وإجبارها على الحمل المتتالي وحرمانها من الغذاء اللازم لصحتها وصحة الوليد (العـواودة، 1998 ؛ حمدان، 1996).

العنف الاقتصادي:

هو ممارسة ضغوط اقتصادية على المرأة مثل منعها من العمل أو إجبارها على العمل، وأيضاً السيطرة على أملاكها وحقها في الإرث والسيطرة على نقودها وأخذ راتبهـا الـشهري (محارمه وآخرون، 2002).

العنف الاجتماعي :

هو فرض مجموعة من القيم والأفكار التي تحد من حرية المرأة وتحرمها من حقوقهـا الاجتماعية والشخصية وتحد من استقلاليتها ، فالمجتمع يمنح الرجل امتيازات للتعامل مع المرأة بدونية والتفرد في أخذ قرارات تخصها وتخص البيت والأولاد، ومن أنواع العنف الاجتماعي محاولة الحد من انخراط المرأة في المجتمع وممارسة أدوارها، وحرمانها من العمل أو إكمـال التعليم، وحرمانها من زيارة أهلها وأصدقائها، وحرمانها من إبداء الرأي، والتدخل في قراراتها ونشاطاتها، والتدخل بطريقة لبسها واختيارها لأصدقائها، ومنعها من الخروج مـن المنـزل أو إجبار المرأة في أمور تقرر مصيرها، مثل الزواج، والطلاق، والسفر، والتعليم وأيضاً ضـمن العنف الاجتماعي يأتي فرض عادات وتقاليد يمارسها المجتمع على المـرأة لـضمان طاعتهـا وخضوعها للثقافة الذكورية (بنات، 2006).

العنف السياسي:

هو عنف مباشر أو غير مباشر تمارسه السلطة الحاكمة أو الأحزاب السياسية أو وجود قوانين دستورية ضد المرأة مثل حرمانها من التصويت وتغييب دورها الـسياسي أو تهميـشه بشكل مقصود لتكون السيادة في المناصب العليا في الدولة أو الحزب أو المؤسسة للرجل. وتأتي الممارسات القمعية وفرض إجراءات تحد من حرية المرأة وإنسانيتها. وكذلك نلاحظ أن قـانون العقوبات الأردني ميز بين الرجل والمرأة في العقوبات حيث تنص المادة رقم (340) من قانون العقوبات الأردني على أن الرجل إذا فاجأ زوجته أو إحدى محارمه في حالة التلبس بالزنا سواء في بيت الزوجية أو خارجه وقام بقتلها فإنه يأخذ عذراً مخففاً، بينما إذا وجدت الزوجة زوجهـا

في حالة التلبس بالزنا مع امرأة أخرى، فإنها لا تأخذ نفس الحكم إذا قامت بقتله إلا إذا وجدته متلبساً في بيت الزوجية فقط (الزعبي، 2003).

ووجدت آل مبارك (2002) في دراستها حول انتشار العنف ضد النساء في السعودية أن أكثر أنواع العنف انتشاراً هو الإهمال بنسبة (55%) من النساء المتزوجات وغير المتزوجات من أفراد عينة الدراسة.

النتائج الناجمة عن العنف ضد المرأة

إنَّ من أهم النتائج السلبية الناجمة عن العنف ضد المرأة ما يأتي:

- فقدان الثقة بالنفس والقدرات الذاتية للمرأة كإنسانة.
- الحرمان من النوم وفقدان التركيز.
- الخوف، والغضب، وعدم الثقة بالنفس، والقلق.
- التدهور الصحي الذي قد يصل إلى حد الإعاقة الدائمة.
- عدم احترام الذات.
- عدم الشعور بالأمان اللازم للحياة والإبداع.
- عدم القدرة على تربية الأطفال وتنشئتهم بشكل تربوي سليم.
- الاكتئاب، والإحباط، العزلة، وفقدان الأصدقاء، وضعف الاتصال الحميمي بالأسرة.
- كره الزواج وفشل المؤسسة الزوجية بالتبع من خلال تفشي حالات الطلاق والتفكك الأسري، وهذا مما ينعكس سلبياً على الأطفال من خلال:
- التدهور الصحي للطفل.
- فقدان الإحساس بالطفولة.
- آثار سلوكية سلبية على الأطفال، مما يؤدي إلى استسهال سلوك العدوان وتبني العنف ضد الآخر. تقبّل الإساءة في المدرسة أو الشارع، بناء شخصية مهزوزة في التعامل مع الآخرين، والتغيب عن المدرسة، نمو قابلية الانحراف.
- التدهور العام في الدور والوظيفة الاجتماعية والوطنية (**الشبيب، 2007**)

ثالثاً:- العلاج السلوكي المعرفي

هو أحد أساليب العلاج النفسي الذي ظهر في بداية السبعينيات، ويجمع بين العلاج السلوكي و العلاج المعرفي، وبشكل عام يعتبر هذا العلاج الحصيلة العلمية للتطورات التي حصلت في كلا الأسلوبين (السلوكي والمعرفي)، ويستمد هذا الأسلوب العلاجي جذوره من أعمال بيك (Beck) في الستينات على مرضى الاكتئاب، وأعمال أليس (Ellis) في الخمسينات من القرن الماضي، كما يعد كيلي (Kelly) وميشنبوم (Mechenbaum) وغيرهم من رواد هذا العلاج. حيث أهتم بيك بكيفية تغيير المعارف والأفكار من خلال نماذج اشتراطيه، وهو ما يعتبر بمثابة استراتجيات سلوكية، وأصبح اتجاه بيك في العلاج السلوكي المعرفي أحد ثلاثة نماذج أساسية في هذا المجال، ويتمثل الإتجاهان الآخران في اتجاه ميشنبوم الذي يعرف بالتعديل المعرفي السلوكي، واتجاه أليس في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (عادل، 2000). ويهدف هذا العلاج إلى محاولة تغيير الأفكار الخاطئة، وذلك من خلال استخدام بعض الأساليب العلاجية مثل إعادة البناء المعرفي بغية أن تصبح العمليات المعرفية أكثر اتساقاً مع الواقع. وبهذا فإن العلاج يتعامل مع السلوك اللاتكيفي باعتباره نتاجاً للتفكير غير العقلاني. ومن هنا يمكن النظر إلى العلاج على أنه عملية تعلم تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة (محمد، 2000).

كما أن هذا العلاج السلوكي المعرفي يمكن أن يعمل على زيادة تقدير الفرد لذاته، وشعوره بالكفاءة الذاتية وبالتالي تزداد أهدافه وطموحاته ويعمل على تحقيقها، حيث أن العلاج السلوكي يركز على تعديل الظروف المحيطة بالفرد والسلوك الظاهر عنده وعلى عملية التعلم، أما العلاج المعرفي فيرتكز على تعديل المفاهيم والأفكار دون إهمال السلوك الظاهر. ولكل منهما أساليبه الخاصة في العلاج، إلا أن العلاج السلوكي المعرفي يعطي المعالجين حرية لتطبيق مدى واسع من الأساليب العلاجية بالإضافة إلى مرونة خاصة بتطبيق أساليب علاجية تتناسب مع فكر المعالج وخلفيته العلمية والنموذج الذي يتبناه.

من الأساليب السلوكية المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي :-(1) الاسترخاء العضلي (2) تقليل الحساسية التدريجي (3) التعرض. أما الأساليب المعرفية المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي:- (1) إعادة البناء المعرفي (2) تفنيد الاستنتاجات غير الواقعية (3) مناقشة النتائج غير التجريبية (4) التحليل المنطقي للأفكار اللاعقلانية (5) التعليم و التوجيه (6) التعزيز الإيجابي (7) التحصين ضد التوتر (8) العلاج العقلاني الانفعالي (محمد، 2000).

وتعمل أساليب العلاج السلوكي المعرفي على تحقيق العديد من الأهداف، فهي تساعد في زيادة الوعي بأنماط التفكير اللاعقلانية، وإعادة صياغتها، وإزالة وتقليل النتائج الانفعالية اللاعقلانية وصولاً بذلك إلى تكيف أفضل، وكذلك تعطي المجال للاختيار باختيار الأسلوب الأمثل للعلاج وتسمح بتطبيق المهارات بطريقة تدريجية وتعطي مجالاً ليتم التعلم بوسيلة الخطأ والصواب (محروس، 1988). كما يعمل المعالج من خلال هذا العلاج على مساعدة المريض في فهم أكبر لمشكلاته، والتعرف على آلية تفكيره وتصوراته، والمشاعر المرافقة لها، ويشجعه على إظهار خبراته الشخصية ومراقبة نتائج سلوكاته ومعتقداته، ويعمل على تعليمه مهارات جديدة شخصية، ومهارات التفكير، ومهارات تتعلق بضبط انفعالاته، ومن هنا يكون للمعالج السلوكي المعرفي دور فعال ومباشر وليس سلبي (محروس، 1988).

من الأفكار التي يرتكز عليها هذا النوع من العلاج هو أن الأفكار تولد المشاعر وتؤثر فيها ولهذا فإن المشكلة لاتكمن في الحدث نفسه وإنما في الأفكار والمشاعر المرتبطة به. بناءً على ذلك يهدف العلاج إلى تحديد الأفكار غير المنطقية المرتبطة بالاضطراب الموجود لدى المريض ومساعدته للتخلص منها. ولتحقيق هذا الهدف هنالك وسيلتان **الأولى** تركز على الأفكار غير المنطقية المرتبطة بالمشكلة، **والثانية** تركز على المشاعر. وتهدف الوسيلة الأولى إلى تحديد المشكلة التي يعاني منها المريض بشكل واضح وتغيير نظرته إليها. وتهدف الوسيلة الثانية إلى تحقيق الهدف ذاته من خلال تغيير المشاعر المرتبطة بالمشكلة (محمد، 2000).

مبادئ العلاج السلوكي المعرفي

هنالك بعض المبادئ المتبعة في العلاج السلوكي المعرفي والتي تتعلق بالمعالج والمريض، ومن أهم هذه المبادئ نذكر: 1- أن المعالج والمريض يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول الممكنة لهذه المشكلات 2- أن المعرفة لها دور أساسي في معظم عمليات التعلم الإنساني 3- أن المعرفة والمشاعر والسلوك تربطهم علاقات متبادلة 4- أن الاتجاهات والتوقعات والعزو، والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من المشاعر والسلوك و تأثير العلاج والتنبؤ بهما 5- أن العمليات المعرفية تندمج معاً لتكوين السلوك (عادل، 2000).

أساليب العلاج السلوكي المعرفي المستخدمة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة

استخدم عدد من العلماء أساليب العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة ومنهم فوا، وجاكبسون، وولبي، وشابيرو (Foa, Jacbson, Wolpe, Shapiro)،ويرتكز هذا العلاج على عدد من الأساليب، ومن أكثر هذه الأساليب شيوعاً:

- الاسترخاء العضلي

يعد الاسترخاء العضلي أحد أهم الأساليب المستخدمة في العلاج النفسي، حيث يستخدم كعلاج للعديد من الاضطرابات النفسية مثل القلق بأنواعه بما فيه اضطراب ما بعد الصدمة والاضطرابات الجسمية المرتبطة بالضغوط النفسية مثل ضغط الدم وأمراض القلب واضطرابات المعدة (إبراهيم، 1994؛ دحادحة، 1995). ويعد كل من جاكبسون Jacbson وولبي Wolpe من أوائل المهتمين بالاسترخاء العضلي. كما يحقق الاسترخاء العضلي التوازن النفسي- العصبي، بجعل وظائف الجسم منتظمة، ويساعد على زيادة نشاط موجات ألفا وهذه الموجات مرتبطة بالاسترخاء والتأمل، كما ويعمل على تنشيط تصنيع مورفينات الجسم الطبيعية الاندورفينات والانكفيليات (حجار، 1995). وتباعاً يعتبر هذا الأسلوب بديلاً عن المهدئات والأدوية النفسية المثبطة للقلق والتوتر لأنه يحقق الغرض ذاته دون التأثيرات الجانبية السيئة للمهدئات، بالإضافة إلى أن أسلوب الاسترخاء يبدل السلوك التوتري من خلال تعلم مهارات الاسترخاء واستخدامها في المواقف المثيرة للقلق (حجار، 1995).

- تقليل الحساسية التدريجي

وهو أحد الأساليب المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي، وقد طور العالم السيكولوجي جوزيف ولبي (1958) هذا الأسلوب لعلاج القلق. يتضمن هذا الأسلوب تدريب العميل لكي يستبدل القلق باستجابة الاسترخاء في المواقف التي تسبب القلق، ومن أجل أن تحدث استجابة استرخاء قام ولبي بتعليم المرضى كيف يقومون بالتنفس العميق وإرخاء العضلات تدريجياً (تايلور، 2008). ووصف ولبي الأسس النظرية التي استمد منها هذا الإجراء في كتابه " العلاج النفسي بالكف المتبادل"، واقترح أن تقليل الحساسية التدريجي هو أحد أشكال الاشراط المضاد ويعني استخدام قوانين التعلم بهدف استبدال الاستجابة بأخرى حيث افترض أنه بالإمكان محو استجابة وتوفير استجابة مضادة لها للمثير الذي يستجرها وهذا ما

يطلق عليه اسم الكف المتبادل. والاستجابات المتناقضة لايمكن أن تحدث في وقت واحد، فعلى سبيل المثال لا يستطيع إنسان أن يشعر بالخوف والقلق وهو في حالة استرخاء تام ذلك أن الاسترخاء يكبح استجابة الخوف أو القلق. وتدور الفكرة الرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة الاستجابة المرضية تدريجياً من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي عند ظهور الموضوعات المرتبطة به (عبد الستار، 1994).

- تعديل البناء المعرفي

بالنسبة للمدرسة المعرفية فإن جزءاً كبيراً من الاضطرابات النفسية والسلوكية يعود لطريقة التفكير الخاطئة، ولوجود معتقدات خاطئة راسخة لدى الشخص، ويعد أسلوب تعديل البنى المعرفية أحد الأساليب التي تهدف إلى تغيير هذه المعتقدات والأفكار. ويؤكد أليس على ضرورة التحاور مع المريض بأسلوب منطقي لكي نبين له الجانب الخاطئ في تفكيره، مع دفعه مباشرة إلى التوصل إلى الطرق الصحيحة في التفكير وتطبيقها. ذلك بالإضافة إلى الدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع باستخدام الأساليب المنطقية في التفكير حتى يكتشف المريض أن طريقته السابقة في التفكير لم تعد ذات جدوى. وبهذا فإن التغير في المعرفة غالباً ما تنعكس آثاره في مجال المشاعر والسلوك، فكلما ازداد وعينا وتبصرنا بوجود بدائل فكرية صحيحة ازدادت جاذبية تلك الأفكار الصحيحة واحتمال تبنيها كأسلوب دائم وجديد في التفكير. لهذا يتم إعطاء المريض واجبات منزلية يسعى من خلالها إلى ممارسة أفكاره المنطقية عمداً في مواقف حية، وتبين الممارسة العلاجية أن محاولة خلق مواقف حية وإرغام أنفسنا على الدخول فيها باتجاهات عقلية مختلفة تساعد على التغير في الجوانب الفكرية، والسلوكية، والمشاعر على السواء.

ومن الأساليب الأخرى في زيادة الأفكار المنطقية الملائمة للصحة النفسية هي أن نغير من أهمية الأهداف الموجودة لدى الشخص. وخلال هذه العملية من التصحيح المستمر للأخطاء في القيم والأفكار ينبغي النظر إلى ربط أهدافنا بالنتائج المستقبلية القائمة على فهم دوافعنا ودوافع الآخرين، وكذلك يجب أن نأخذ البيئة الاجتماعية بعين الاعتبار عند تعديل البنى المعرفية للمريض لأن بعض الأخطاء الفكرية تكون مكتسبة نتيجة الاحباطات الخارجية أو الفشل السابق، ولذلك يجب أن يتم استخدام التغير في البيئة الاجتماعية لإحداث التغير في أسلوب التفكير، ويمكن إيجاز طريقة إعادة البناء المعرفي بالخطوات الآتية:

1- توعية المريض بأسباب المشكلة، والتعرف على الأفكار السلبية لديه وتصنيفها إلى نوع الخطأ المرتكب في الفكرة مثل التقييم، والفلترة، والنظر إلى الجزء السلبي دون الإيجابي، ومن ثم مقارنتها مع الأفكار الإيجابية البديلة لها 2 - تحديد أفكار المريض المرتبطة بالموقف الضاغط، أي التعرف على أفكار المريض قبل وأثناء وبعد الموقف من خلال مراقبة الذات، ودحض هذه الأفكار بطرح أسئلة معينة مثل ما هي الحقائق التي تدعم هذه الفكرة؟ وهل هذه الفكرة دائماً صحيحة؟ وهل من فكرة أخرى يمكن أن تفسر الواقع بشكل أفضل؟ ثم وضع فكرة إيجابية أكثر مطابقة للواقع 3- الانتقال من التركيز على الأفكار السلبية إلى التركيز على الأفكار الإيجابية، ونمذجة بعض المواقف أمام المريض 4- تعزيز الذات على التقدم الذي تم إحرازه (إبراهيم،1994).

- أسلوب حل المشكلات

هو الأسلوب الذي يسعى نحو تحقيق هدف ما يحول دون تحقيقه بعض المعيقات، ويتم استخدامه لإزالة هذه المعيقات والوصول إلى الهدف المنشود. إن أسلوب حل المشكلات يهدف إلى إيجاد حل أو اتخاذ قرار بشأن التعامل مع موضوع مهم (Ellis & Siegler, 1994). كما أن أسلوب حل المشكلات هو نوع من السلوك المحكوم بالقواعد إضافة إلى أنه عملية يستحضر فيها الأشخاص مفاهيم وقواعد من معرفتهم السابقة ويستخرجون منها قواعد أعلى تساعدهم على حل المشكلات الحالية.

- تجنب الحديث السلبي مع الذات واستبداله بالحديث الإيجابي مع الذات

يهدف هذا الأسلوب إلى تجنب الحديث السلبي مع الذات أو تجنب إلقاء اللوم الدائم على الذات، وذلك لان الحديث السلبي مع الذات قد يساهم في حدوث المشاعر السلبية التي تزيد من الضغوط التي تعرض لها الفرد. ويمكن استبدال الحديث السلبي مع الذات بحديث إيجابي مع الذات وذلك بإعطاء تعليمات للذات تتضمن تزويد النفس بالشجاعة، وقيام الفرد بتذكر جميع المناسبات التي كان بها شجاعاً، وواجه الصعوبات بنجاح، وتمكن من التغلب عليها. ويقوم الفرد بتشجيع نفسه عن طريق إلقاء الضوء على الجوانب الإيجابية في خبراته السابقة. وتتضمن

مهارة توجيه التعليمات إلى الذات تذكير الذات بالخطوات المحددة والمطلوبة لتحقيق هدف معين (تايلور، 2008).

-أسلوب إبرام التعاقد مع الذات

في هذا الأسلوب يقوم الفرد بتحديد هدف معين يريد تحقيقه، وعندما يقوم باتخاذ الخطوات في سبيل تحقيق ذلك الهدف يقوم بمكافأة نفسه بشراء شيء جديد أو حضور حفلة على سبيل المثال (تايلور، 2008).

- العلاج التوكيدي للذات

يعد توكيد الذات من الأساليب المهمة في العلاج السلوكي المعرفي، إذ يهدف إلى تدريب الأفراد على تأكيد الذات ويساعدهم على التعبير عن مشاعرهم الايجابية والسلبية بشكل عام وذلك لأن المريض النفسي يعجز عن التعبير عن ذاته سواء في المواقف التي تحتاج منه لإظهار العدوان أو الغضب، أو حتى في المواقف التي تحتاج منه التعبير الإيجابي (إبراهيم، 1994).

- لعب الأدوار

يعد أسلوب لعب الأدوار من أهم الأساليب المستخدمة في تغيير طريقة التفكير لدى المريض. يعطي لعب الدور للمريض فرصة لرؤية جديدة ويدفعه إلى تبني مجموعة جديدة من الاتجاهات والتوقعات، على سبيل المثال " الشخص المتسلط الذي يدفعه تسلطه إلى التصادم مع الآخرين " فإنه ينجح في أن يبدل تسلطه بأسلوب قائم على التفهم إذا ما طلب منه أداء دور قائد ديمقراطي، وقد يتبنى الأفكار الديمقراطية (إبراهيم، 1994).

الدراسات السابقة:-

فيما يلي عرض للدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة المتمثلة ببرنامج علاجي سلوكي معرفي لعلاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات.

في دراسة استطلاعية عن العنف العائلي في الأردن حجمه ومسبباته، قامت العـــامري بإجراء (1988) بدراسة على طلبة الجامعة الأردنية، حيث تكونت عينة الدراسة من (65) طالباً وطالبة، ووجدت أن (86%) من أفراد العينة وجد لديهم عنف عائلي. وأن أكثر أنواع العنــف شيوعاً هو الإرهاب ونسبته (75%)، ثم العنف النفسي ونسبته (40%)، أما الضرب فنــسبته (33%) بين عائلات أفراد عينة الدراسة.

قامت العواودة (1998) بإجراء دراسة حول العنف ضد الزوجة في المجتمع الأردني، وذلك لمعرفة أنواع العنف الموجه ضد الزوجة في الأردن. تكونت عينة الدراســة مــن 300 امرأة متزوجة من (الحضر، الريف، البدو، المخيمات). وخلصت نتائج الدراسة إلى أن النساء المتزوجات يعانين من أشكال مختلفة من العنف الاجتماعي، واللفظي، والجــسدي، والجنــسي، والصحي، والتهديد. وبينت الدراسة أن العنف الاجتماعي أكثر أنواع العنف انتــشاراً، وأكثــر أشكال هذا العنف شيوعاً هو حرمان الزوجة من الخروج للعمل. ثم يأتي العنف اللفظي، وأكثر أشكاله شيوعاً الشتم، ويأتي بعده العنف الصحي، وأكثر أشكاله شيوعاً هو حرمان الزوجة مــن تحديد عدد أطفالها الذي تريده، ثم العنف الجنسي، والتهديد، وكــان أقلهــا العنــف الجــسدي. أوضحت الدراسة أن العنف يوجد في الشرائح الاجتماعية الغنية والفقيرة، ولكــن يــزداد فــي الشرائح الفقيرة.

وقامت درويش (2001) بدراسة الهدف منها الكشف عن العنف ضد المرأة في مدينــة الزرقاء، حيث تكونت عينة الدراسة من 2000 أسرة تم اختيارها بالطريقة العشوائية. وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن أكثر المتعرضات للعنف الأسري هن من الأمهات، حيث تبين من الدراسة أن أكثر أنواع العنف الذي تتعرض له المرأة هو العنف النفسي بنسبة 25.3% وأكثر أشــكاله شيوعاً التحقير والسخرية والنعت بألفاظ بذيئة والشتم أمام الآخرين.

وفي دراسة قام بها حلمي (1987) وجد أن النساء اللواتي تعرضن للعنف لديهن توافق نفسي سلبي، ولديهن مفهوم ذات سلبي، كما تظهر عليهن سمة القلق، والشعور بالــذنب ولــوم الذات، وإيذاء الذات والجبن، والخجل، والشعور بالولاء التام والتبعيــة للــذين أســاؤا إلــيهن، وانخفاض مستوى تقدير الذات والقلق والإحباط، كما وجد أن لديهن خوف من العلاقات العاطفية

مع الرجال، وعدم احترام ذواتهن، ولديهن تناقض، واعتمادية على أزواجهن، وعدم قدرة على تربية الأطفال وتحمل المسؤولية، واللامبالاة، وكذلك اتصفن بارتفاع مستوى القلـق والتـوتر وسرعة الإثارة.

ودرس الطراونة (2003) السمات الشخصية لدى النساء المعنفات. وبينت نتائج هـذه الدراسة أن النساء اللواتي تعرضن للعنف يتصفن بالانزواء عن الآخرين، والشعور بالدونيـة، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، كما يتصفن بالقلق الدائم، والخـوف، والفـزع، والعـصبية الزائدة، وحب السيطرة، والعدوانية، كما تظهر عليهن سمة الخجل والـشعور بعـدم الأمـان، والاكتئاب.

وهدفت دراسة العسال (2003) إلى التعرف على ردود فعـل الأمهـات المعنفـات، المتمثلة بالإساءة إلى أطفالهن من النواحي الجسدية، والنفسية، والإهمال، وذلك بسبب تعرضهن للعنف من قبل أزواجهن داخل الأسرة الأردنية. تكونت عينة الدراسة من (100) امرأة تعرضت للعنف من قبل زوجها، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى تعرض الأطفال إلى الإسـاءة الجـسدية والنفسية من وجهة نظر الأطفال، أما من وجهة نظر الأمهات فأشارت النتائج إلى عدم تعرض الأطفال للإساءة الجسدية، بينما دلت النتائج على تعرض الأطفال للإساءة النفسية والإهمال.

وسعت دراسة هزاع (2006) للكشف عن أعراض الضغط النفـسي، واسـتراتيجيات التكيف مع الضغوط النفسية المستخدمة من قبل النساء المعنفات ومقارنتها بغير المعنفات. حيث تألفت عينة الدراسة من (48) سيدة معنفة، و(48) سيدة غير معنفة، فأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأعراض النفسية أكثر أعراض الضغط النفسي ظهـوراً لـدى النـساء المعنفـات وغيـر المعنفات، وكان ترتيب بقية الأعراض لدى النساء المعنفات كما يلي: جاءت الأعراض الجسمية في المرتبة الثانية، والأعراض السلوكية في المرتبة الثالثة، والأعراض المعرفية فـي المرتبـة الأخيرة، أما لدى النساء غير المعنفات، فجاءت الأعراض المعرفية ثانياً، والأعراض الجـسمية ثالثاً، وجاء ترتيب الأعراض السلوكية أخيراً. وأشارت النتائج أيضاً إلى أن اللجوء إلى الـدين كان أبرز استراتيجيات التكيف لدى النساء المعنفات، في حين أن أبرز استراتيجيات التكيف لدى النساء غير المعنفات هي التقبل والثقة.

وأجرت بنات (2004) دراستها لمعرفة مدى فاعلية التدريب على مهارات الاتــصال وحل المشكلات في تحسين تقدير الذات والتكيف لدى النساء المعنفات وخفض مستوى العنــف الأسري. حيث تكونت عينة الدراسة من 31 مشاركة من الزوجات المعنفات. وتم تقسيم عينــة الدراسة إلى ثلاث مجموعات مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة. وخضعت المــشاركات في المجموعة الأولى وعددهم ثماني مشاركات لبرنامج إرشــاد جمعــي حــول مهــارة حــل المشكلات، وخضعت المجموعة التجريبية الثانية وعددهم 10 مشاركات لبرنامج إرشاد جمعــي حول مهارات الاتصال. في حين لم تتعرض المشاركات في المجموعة الضابطة وعددهن ثلاث عشرة مشاركة لأي معالجة. وأشارت النتائج إلى فعالية التــدريب علــى برنــامجي مهــارات الاتصال وحل المشكلات في زيادة تقدير الذات وزيادة مستوى التكيف، وقلت نسبة العنف الذي تتعرض له المشاركات.

استهدفت دراسة بني يونس (2004) الكشف عن كل مــن أنمــاط الجهــاز العــصبي واضطراب ما بعد الصدمة، والعلاقة بينهما لدى طلبة الجامعة الأردنية. وتكونت العينــة مــن (32) طالباً وطالبة من كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية. وأشارت النتائج إلى وجود إرتباط بلغ (–.64) بين أنماط الجهاز العصبي واضطراب ما بعد الصدمة، أي كلما كــان نمــط الجهــاز العصبي أضعف كلما زاد احتمال الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة.

ودراسة أخرى لــ بني يونس (2005) هدفت لمعرفة مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء في خفض مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من طلبة الجامعة الأردنية، حيــث بلغــت العينة (17) طالب وطالبة. وأظهرت نتائج الدراسة وجود أثر لأسلوب الاسترخاء العضلي فــي خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

وهدفت دراسة السنباني (2005) لمعرفة أثر برنامج علاج سلوكي – معرفي في تخفيف اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المُساء إليهم. حيث تلقى (13) طفــل هــذا البرنــامج العلاجي الذي تكون من الاسترخاء العضلي، التنفس العميق، التخيل الإيجابي، مناقشة الأفكــار والمعتقدات اللاعقلانية، الحديث الإيجابي مع الذات، أساليب التغلب علــى الأحــلام المزعجــة

والكوابيس، التعرض التدريجي عن طريق التخيل. وأظهرت النتائج فاعلية هذا البرنامج في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة.

هدفت دراسة نواس (2005) إلى التعرف إلى الفروق في اضطراب ما بعد الصدمة ودافعية الإنجاز والتحصيل بين الطلبة الفلسطينيين الذين يسكنون في المناطق التي احتلت عام (1967) بوصفهم يتعرضون لظروف الاحتلال، والطلبة الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين في الأردن الذين يعيشون حياة طبيعية نسبياً. كما هدفت الدراسة لمعرفة الارتباط بين اضطراب ما بعد الصدمة وكل من دافعية الإنجاز والتحصيل. وأشارت نتائج الدراسة لوجود فروق في الدافعية للانجاز والتحصيل لدى المجموعتين، حيث كانت الدافعية للانجاز والتحصيل أعلى لدى الطلبة في فلسطين المحتلة عام (1967). وظهر ارتباط سلبي بين اضطراب ما بعد الصدمة والدافعية للتحصيل والإنجاز.

واستخدم شاهين (2007) برنامج تدريبي معرفي وذلك لتحسين التفكير العقلاني وتقدير الذات وخفض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الطلبة الجامعيين في فلسطين، حيث تلقى (60) طالب وطالب البرنامج التدريبي على مدى (12) جلسة أسبوعية. وأظهرت النتائج فاعلية هذا البرنامج التدريبي في تحسين التفكير العقلاني، وزيادة تقدير الذات وخفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة.

وهدفت دراسة مومني (2008) إلى التعرف على أثر استراتيجيات التعامل والدعم الاجتماعي في اضطراب ما بعد الصدمة لدى ضحايا وأسر تفجيرات فنادق عمان. حيث تألف أفراد الدراسة من (353) فرداً من الضحايا وأسرهم من درجة القرابة الأولى ووجد أن النسبة المئوية الكلية للمصابين باضطراب ما بعد الصدمة (75.3%) من أفراد العينة.

استهدفت دراسة أبو الخير (2009) لمعرفة نسبة انتشار اضطراب القلق العام والاكتئاب بالإضافة إلى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى السرطان في مركز الحسين للسرطان. وتكونت العينة من (100) طفل، و(100) من الراشدين ذكوراً وإناثاً، ودلت نتائج

الدراسة على وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال والراشدين في مستوى القلــق والاكتئـــاب واضطراب ما بعد الصدمة.

استخدم كل من دبلنجر ومكلير وهنـــري (Deblinger, Mcleer & Henry, 1990) في دراستهم برنامج سلوكي معرفي فردي لعلاج (19) فتاه تعرضوا للإساءة الجنسية، وتعانين من اضطراب ما بعد الصدمة، حيث تضمن البرنامج فنيات التدريب علـــى مهـــارات التـــدبر والتعرض التدريجي للمساعدة على مواجهة الذكريات والأفكار المرتبطة بالإساءة، والتـــدريب على مهارات الوقاية من الإساءة، كما كانت هناك جلسات تتم مع الأهل، وتكون العلاج من 12 جلسة علاجية. وقد أظهرت النتائج انخفاض ذا دلالة في أعراض اضطراب ما بعـــد الـــصدمة والاكتئاب لدى الفتيات.

أما دراسة هال وهندرسون (Hall & Henderson, 1996) فقد تم فيهـــا اســـتخدام التعرض وإعادة البناء المعرفي لفتاه تعاني من أعراض اضطراب ما بعـــد الـــصدمة، نتيجـــة تعرضها لإساءة جنسية من قبل والدها أكثر من مرة في فترة الطفولة، واستمر العـــلاج لمـــدة (17) أسبوعا، وأشارت نتائج العلاج إلى انخفاض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

كما أجرى ارينز (Ahrens, 1997) دراسة هدفت إلى عـــلاج اضـــطراب مـــا بعـــد الصدمة لدى مجموعة من المراهقات، تكونت عينة الدراسة من (57) مراهقة ممـــن انطبقـــت عليهم معايير اضطراب ما بعد الصدمة، وتم توزيع أفراد العينية على ثلاث مجموعات، تلقـــت المجموعة الأولى علاجاً بالدعم النفسي، والمجموعة الثانية فقد تلقت علاجاً سلوكياً معرفياً، بينما تركت المجموعة الثالثة كمجموعة ضابطة، وقد تم تطبيق مقياس لاضطراب ما بعد الـــصدمة، ومقياس بيك للاكتئاب. وبينت النتائج انخفاض في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة.

واستخدم كولوسيتي وثاير (Colossettl & Thyer, 2000) أسلوب تقليل الحساسية عن طريـــق حركـــة العـــين (Eye Movement Desensitization an Reprocessing EMDR) واشتملت عينة الدراسة على خمس نساء تعانين من اضطراب ما بعـــد الـــصدمة

نتيجة تعرضهن للإساءة الجسدية واللفظية. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن امرأة واحدة فقط من الخمس نساء حققت نتائج جيدة عندما استعمل معها أسلوب تقليل الحساسية عن طريق حركة العين، واستمر التحسن بعد شهر من المتابعة.

هدفت دراسة جامعة بنسلفانيا (Pennsylvania, 2002) الواردة في بني يونس (2005)، إلى استعمال برنامج علاجي جمعي لضحايا الاغتصاب والجريمة من النساء اللواتي تعانين من اضطراب ما بعد الصدمة. تكونت عينة الدراسة من النساء الراغبات في العلاج ممن تتراوح أعمارهن بين (18– 65) سنة. حيث تم تشخيصهن من قبل أخصائي نفسي، و شمل البرنامج العلاجي السلوكي – المعرفي (9 –12) جلسة أسبوعية، بمعدل ساعة ونصف للجلسة، وكانت الجلسات تهدف إلى تمكين الناجيات من الاغتصاب أو الجريمة من التعامل مع مشاعر الخوف، والقلق، والضغط. وشمل العلاج مناقشة الأفكار المخيفة، والتدريب على الاسترخاء، ومواجهة المواقف الغير آمنة أو تذكر الذكريات المؤلمة بواسطة تخيل أثرها الانفعالي. وقد أثبت هذا البرنامج فاعليته في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

في دراسة بلافي، ستيفن، بيتر و ماثيو (Pallavi, Stephen, Peter,& Matthew, 2003) هدفت لمعرفة أثر العلاج السلوكي المعرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ومعدل ضربات القلب والتقلب أثناء النوم لدى ضحايا الاغتصاب في واشنطن. وتكونت عينة الدراسة من (6) نساء تعرضوا للاغتصاب. وتم تشخيصهن بأنهن يعانيين من اضطراب ما بعد الصدمة. قام الباحثون باستخدام التعرض وتقليل الحساسية التدريجي لمعالجة الصدمات، واستخدموا التعديل المعرفي مع أفراد العينة.بعد انتهاء فترة العلاج كان هناك انخفاض ملحوظ في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وانخفاض في مستوى القلق، والضغط النفسي ومعدل ضربات القلب. وظهر تحسن كبير في النوم والدخول في مرحلة الحلم.

واستخدم كوباني،هل وأوينس (Kubany, Hill, & Owens, 2003) في دراسته العلاج المعرفي لعلاج اضطراب مباعد الصدمة لدى النساء المعنفات (العنف الجسدي و العنف العاطفي) من قِبل الزوج أو الشريك العاطفي. تكونت عينة الدراسة من (37) امرأة معنفة تراوحت أعمارهن بين (22– 62) سنة بمتوسط (36.4) سنة، ومستوى تعليمي من (الصف

11– دكتوراه) بمتوسط (13.6) سنة دراسية. تم تقديم العلاج المعرفي لاضطراب ما بعد الصدمة بشكل فردي خلال (8– 11) جلسة. ركز العلاج على إزالة الأفكار اللاعقلانية، وتم تعليم النساء استراتيجيات إدارة الضغط النفسي، وزيادة معرفتهم وفهمهم للاضطراب الموجود لديهم. كذلك الحديث الإيجابي مع الذات ومراقبة الذات، واستخدام التعرض للتقليل من الذاكرة المرتبطة بالعنف والاعتداء. واستخدموا العلاج المعرفي لإزالة الشعور بالذنب المرتبط بالصدمة، ومهارات توكيد الذات للتعامل مع الشريك المتسلط الذي يمارس العنف عليها. وتم تعليمهم استراتيجيات الدفاع عن النفس، وتجنب التعرض للعنف مرة أخرى، واستخدموا الاسترخاء باستخدام الموسيقى والقيام ببعض الواجبات والتمارين المنزلية. وبعد انتهاء العلاج سُجل انخفاض في درجات الاكتئاب والشعور بالذنب والعار، وقلت الأفكار الاقتحامية، ولكن لم يكن العلاج فعالاً في علاج السلوكيات التجنبية. وزاد التحسن بعد 3 أشهر من العلاج.

وفي دراسة مقارنة لفرومبرجر وآخرون (Frommberger, Stieglitz, Nyberg, Richter, Fischer, Angenendt, Zaninelli, & Berger, 2004) حيث قارنوا بين استخدام العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الدوائي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة. تكونت العينة من (21) مريضاً، تم علاج10 (2 ذكور، 8 إناث) منهم باستخدام العلاج السلوكي المعرفي، بينما (11) مريض (7 ذكور، 4 إناث) تم علاجهم باستخدام الدواء الذي تراوحت جرعته من (mg 10–50). وتم استخدام طريقتين من العلاج السلوكي المعرفي هما التعرض وإعادة البناء المعرفي. استمر العلاج لمدة ثلاثة أشهر، بعد انتهاء فترة العلاج مباشرة وجد أن كِلا الأسلوبين العلاجيين فعالين في خفض أعراض الاكتئاب والقلق. ولكن التحسن في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التي عولجت بالعلاج السلوكي المعرفي، كان مثلي ذلك الذي حصل في المجموعة التي عولجت باستخدام الدواء. وبعد 6 أشهر من انتهاء العلاج لوحظ أن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ازدادت عند المرضي الذين عولجوا باستخدام الدواء، بينما انخفضت لدى المرضى الذين عولجوا باستخدام العلاج السلوكي المعرفي.

استخدم جونسون (Johnson, 2006) العلاج السلوكي المعرفي لعلاج النساء المعرضات للعنف المنزلي، والموجودات في الملاجئ واللواتي أظهرن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. تكونت العينة من (18) امرأة كان متوسط أعمارهن (32) سنة، (16) امرأة

منهن تعرضن للعنف الجسدي مع وجود جروح وكدمات. (10) تعرضن للاعتداء الجنسي. (17) منهن كانوا يعيشون مع أزواجهن الذين اعتدوا عليهن. تكون العلاج من (9– 12) جلسة فردية وهدف إلى التغلب على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، من خلال تقديم الدعم النفسي والاجتماعي وتعزيز مفهوم الذات لديهن. تضمن العلاج ثلاث مراحل 1– ركزت المرحلة الأولى على تحقيق الأمن والاستقرار للنساء وتحفيزهن على زيادة الاهتمام بالذات 2– التركيز على الحزن الموجود لديهن 3– التركيز على التواصل. ركزت الجلسات الأولى على زيادة الوعي النفسي بالنسبة لموضوع العنف الشخصي، والتخطيط الآمن، وركزت هذه الجلسات كذلك على تعليم النساء بعض المعلومات والمهارات التي تعزز استقلاليتهن واتخاذ قراراتهن لوحدهن. أما عن الجلسات اللاحقة فركزت على استخدام المهارات السلوكية والمعرفية في التغلب على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. أشارت النتائج إلى انخفاض مستوى الاكتئاب، أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، انخفاض معدل العجز الاجتماعي، زيادة استخدام المصادر الاجتماعية والمحافظة على هذه النتائج مع الزمن.

واستخدمت جيرادي وآخرون (Geradi, Rothbaum, Ressler & Heekin, 2008) العلاج السلوكي المعرفي، في علاج مجموعة من الجنود العراقيين الذين تعرضوا للعنف والتعذيب خلال الحرب في العراق. حيث تم اختيار العينة من حوالي (1400) جندي عراقي، وبلغ عدد المشخصين باضطراب ما بعد الصدمة (158) جندي، وتم اختيار (4) من الجنود الذين يعانون من الكوابيس والبكاء المستمر للاشتراك في هذه الدراسة. عمل العلاج في هذه الدراسة على تحقيق سلسلة من الأهداف على التوالي باستخدام ثلاث محاور وهي: معالجة الحدث في الماضي، التأقلم مع الحاضر، والتكيف مع المستقبل. تم العلاج من خلال ثلاث مراحل مختلفة وهي: التقييم، استخدام طريقة استرجاع الذاكرة المرتبطة بالأحداث المؤلمة، ومن ثم خفض الحساسية التدريجي لها. كانت هذه الطرق كأساس لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة. ونتج عن هذه الدراسة انخفاض في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وحدث انخفاض في التوتر الحاد لديهم. واستمرت النتائج إلى (3–9) أشهر بعد العلاج.

هدفت دراسة كونور وهيجنز(Connor, Higgins, 2008) لمعرفة فاعلية نموذج فردي لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة (HEALTH) لدى الأفراد الذين تعرضوا لصدمات

متعددة عبر ملراحل الطفولة والبلوغ، ولا سيما الاعتداء الجنسي، ويعتمد البرنامج على إكساب أفراد العينة مهارات توكيد الذات والتغلب على مشاعر الخوف والقلق الموجودة لـــديهم. حيـــث تكون هذا البرنامج من 6 مراحل وهي : 1- وجود العلاج الداعم. 2- تأمين السلامة والأمـــن الشخصي. 3- المساعدة في الأعمال اليومية. 4- التنظيم الذاتي والتدريب على إدارة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. 5- معالجة أعراض إضطراب ما بعد الصدمة. 6- تعزيـــز الأنـــا والعمل على توكيدها. وبينت نتائج هذه الدراسة فاعلية هذا النمـــوذج فـــي خفـــض أعـــراض إضطراب ما بعد الصدمة.

واستخدمت أنا و إيلين (Ana, Aline, 2009) أحد أساليب العـــلاج المعرفـــي وهـــو (Cognitive Processing Therapy- CPT)، لعلاج النساء اللواتي تعانين من اضطراب ما بعد الصدمة، تكونت العينة من (37) امرأة من اللواتي تعرضن لاعتداء الجنسي، هـــدفت هـــذه الدراسة لمقارنة الإدراك المعرفي لدلى أفراد العينة قبل وبعد العلاج (CPT)، عمل العلاج على مساعدة النساء لتكوين مؤائمة جديدة لحادث الاعتداء بدلاً من الامتصاص (Assimilation) او الموائمة الزائدة (Overccommodation) التي حصلت بعد التعرض للاعتداء، وفـــي نهـــاي العلاج وجدوا أن (CPT) له علاقة بانخفاض أعراض اضطراب ما بعد الـــصدمة وانخفـــاض جمـــــل الامتـــــصاص (Assimilation Statement)، والموائمـــــة الزائـــــدة (Overccommodation Statement)، وزيادة في جمل الموائمـــة (Accommodation Statement).

بالنظر إلى الدراسات الأجنبية السابقة نلاحظ مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي فـــي خفض أعراض إضطراب ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات. أما بـــالنظر إلـــى الدراســـات العربية المتعلقة بالعنف ضد المرأة فركزت غالبيتها على وصف العنف، والتعرف على أنواعه ومدى انتشاره، وآثاره الاجتماعية على المرأة ولم تبحث في الاضطرابات النفسية الناتجة عنه، ولم تحاول علاج مثل هذه الاضطرابات. أما بالنسبة للدراسة الحالية فهي تسعى لبناء برنـــامج علاجي سلوكي معرفي لخفض أعراض أحد هذه الاضطرابات الناتجة عن تعرض المرأة للعنف وهو اضطراب ما بعد الصدمة.

الفصل الثالث

الطريقة و الإجراءات

يتناول هذا الفصل مجتمع الدراسة وعينتها وتصميم البحث وأدوات الدراسة متضمنة أدلة صدقها وثباتها، إضافة إلى الإجراءات التي تم إتباعها في تطبيق البرنامج.

أفراد الدراسة:-

تكون مجتمع الدراسة من جميع النساء المقيمات في دار الوفاق الأسري/ ماركا/ التطوير الحضري، التابع لوزارة التنمية الاجتماعية في الفترة الواقعة بين (23/ 2-2010/5/4). كان عدد النساء المقيمات في دار الوفاق الأسري في هذه الفترة (60) امرأة. تمت مقابلتهن، وتطبيق مقياس ما بعد الصدمة، حيث أظهرت النتائج أن (45) امرأة يستوفين شروط تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة مع تباين في شدة الاضطراب بينهن، وتم اختيار عينة قصديه مكونة من النساء اللواتي تعانين من اضطراب شديد وبلغ عددهن (17) امرأة، (6) منهن سبق ووصف لهن مضادات الإكتئاب والقلق من قبل، وتسربت أربع مشاركات خلال أول جلستين، وأكملت (13) مشاركة البرنامج العلاجي كاملاً.

تصميم الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باستخدام تصميم اختبار قبلي – بعدي للمجموعة الواحدة (One Group Pretest Posttest Design) لتحديد مدى فاعلية برنامج علاج سلوكي معرفي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة، لدى أفراد عينة الدراسة. وفيما يلي تحديد متغيرات الدراسة:-

المتغير المستقل:- تقديم البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي.

المتغير التابع:- درجات النساء المعنفات على مقاييس اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس القلق حالة- القلق سمة.

وبناءً على ذلك يكون قد تم استخدام تصميم اختبار قبلي- اختبار بعدي للمجموعة الواحدة وذلك بالطلب من كل فرد من أفراد عينة الدراسة تعبئة المقاييس الثلاثة قبل برنامج العلاج السلوكي المعرفي وبعده لمعرفة أثر البرنامج على درجات اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس بيك، ومقياس القلق حالة- القلق سمة.

بعد تطبيق القياس القبلي والبعدي لمقاييس الدراسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على العلامات الكلية والفرعية للمقاييس الثلاثة والمقارنة الإحصائية بين الاستجابات قبل التعرض لبرنامج العلاج وبعده. وللتأكد من مدى دلالة هذه الفروق إحصائياً، فقد تم استخدام اختبار (ت) لتحقيق هذا الغرض.

أدوات الدراسة:-

لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام الأدوات التالية :-

أولا:- مقياس اضطراب ما بعد الصدمة

تم استخدام مقياس اضطراب ما بعد الصدمة للسنباني بعد تعديله ليتناسب مع عينة الدراسة، وهو مقياس تم بنائه بالاعتماد على محكان الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع (DSM-IV). ويتكون هذا المقياس من (24) فقرة. حيث قامت السنباني بعرض فقرات المقياس على عدد من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس في قسم علم النفس وقسم الإرشاد وقسم علم النفس التربوي في الجامعة الأردنية وكذلك من أعضاء هيئة التدريس في جامعة عمان العربية وطلب إليهم الحكم على صلاحية كل فقرة في قياس البعد الذي وضعت لقياسه، وتم اعتماد الفقرات التي حصلت على اتفاق (80%) من المحكمين على صلاحيتها لقياس البُعد الذي وضعت لقياسه، وبناءً على المحكمين تم إجراء بعض التعديلات في الصياغة. ويتضمن المقياس ثلاث أبعاد هي:-

1- بعد تكرار الخبرة وعدد فقراته (7) وهي الفقرات التي رقمها (2، 4، 6،8، 11،14، 23) .

2- بعد التجنب وعدد فقراته (10) وهي الفقرات التي رقمها (3، 7، 10، 13، 15، 16، 18، 20، 22، 24).

3- بعد الاستثارة الزائدة وعدد فقراته (7) وهي الفقرات التي رقمها (1، 5، 9، 12،17، 19، 21).

و يتم الإجابة على فقرات المقياس باختيار بديل واحد من أربعة بدائل هي(دائماً، أحياناً، نادراً، أبداً)، وتعطى هذه البدائل الأوزان (0، 1، 2، 3) بالترتيب.

وقد تم حساب الوسط الحسابي لتصنيف حالة المرأة وفقاً لما يلي:

- صفر لا يوجد اضطراب

- صفر– 1 اضطراب بسيط
- 1–2 اضطراب متوسط
- 2– 3 اضطراب شديد

ولأن المقياس اعتمد محكات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع (DSM-IV) يكون بذلك قد توفر للمقياس صدق المحتوى (السنباني، 2005).

كما توفر للمقياس دلالات الثبات وذلك من فقد قامت الباحثة بتطبيقه على عينة قوامها (100) طالبة من الجامعة الأردنية خلال الفصل الأول من العام الدراسي 2010/2009، حيث بلغت قيمة معامل كرومبخ ألفا (96.) وهذا يدل على ثبات عالي.

ثانياً : قائمة بيك للاكتئاب

تعتبر قائمة بيك للاكتئاب من أشهر مقاييس التقدير الذاتي للاكتئاب وبنى هذه القائمة بيك، القائمة تتكون من إحدى وعشرين فقرة. تشمل قياس الجوانب التالية: المزاج، التشاؤم، والإحساس بالفشل، والشعور بالرضا، ومشاعر الذنب، والبكاء، والعلاقات الاجتماعية، والقدرة على العمل، والطاقة الجنسية، والانشغال بالشكاوى الجسدية، والقدرة على النوم، والشعور بالتعب، والاهتياج، وفقدان الشهية، والإحساس بالتعب، والقدرة على اتخاذ القرارات، وصورة الجسم، وكراهية الذات، والانتحار، وفقدان الوزن، واتهام الذات، حيث تقيس كل فقرة عرضاً من أعراض الاكتئاب. وتتكون الإجابة على كل فقرة من فقرات القائمة أربعة اختيارات تتدرج بالشدة ، ويطلب من المفحوص اختيار أحد البدائل الأربعة والذي يشير إلى مستوى شدة الجانب الذي تقيسه الفقرة حسب تقدير الشخص نفسه (حمدي، أبو حجلة، أبو طالب، 1998). يتم تصحيح المقياس من خلال إعطاء الدرجة المقابلة للبديل الذي اختاره المفحوص لكل فقرة، وتتراوح الدرجات من (0– 3) ثم يتم جمعها لتعطي الدرجة النهائية للفرد والتي تتراوح بين (0– 63)، حيث يتم تقدير شدة الاكتئاب كما يلي:

(0– 9) لا يوجد اكتئاب

(10– 15) اكتئاب ضعيف

(16 – 23) اكتئاب متوسط

(23– فما فوق) اكتئاب شديد

الحد الفاصل بين الاكتئاب وعدمه تبدأ من مستوى (10) (حمدي، أبـو حجلـة، أبـو طالـب، 1998).

صدق وثبات المقياس

تم تعريب وتقنين قائمة بيك للاكتئاب من قبل (حمدي و آخرون، 1998) باسـتخراج معايير صدق للقائمة، فوجدوا فروقاً ذات دلالة إحصائية في أداء مجموعتين من الطلبة إحداهما تم تشخيصها على أن لديها اكتئاباً والأخرى غير مكتئبة وذلك بناءً على المقابلة التـي أجراهـا اكلينكيون، واعتمدوا في التشخيص الإكلينيكي على المحكات التشخيصية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الثالث. كما تم حساب البناء العاملي والذي أشار إلى وجـود أربعة عوامل رئيسية فسرت ما نسبته (45.5%) من التباين الكلي وهذه العوامل هي: وجود مشاعر سلبية عامة، اضطراب الوظائف الجسمية، الشعور بالدونية، والتشاؤم والـشعور بـالا جدوى. كما استخرج المؤلفون الثبات بطريقة إعادة التطبيق، فكان معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني (.88).

ثالثاً:- قائمة القلق حالة وسمة للكبار

وهو مقياس طوره كل من سبلبرجر، وجورسش، وجاكوب، ولوشن (Spielberger, Goursuch, Jacobs, Lushene, 1970) يتكون المقياس من قائمتين إحداهما تقيس القلـق كحالة مؤقتة مرتبط بالوضع الحالي للفرد، والأخرى تقيس القلق كسمة ثابتة. تتكون كـل مـن قائمة سمة القلق وقائمة حالة القلق من (20) فقرة تمثل أعراض القلق، وأمام كل فقـرة أربعـة بدائل تصف درجة وجود الصفة، وهذه البدائل هي (أبداً، قليلاً، أحياناً، كثيراً) يـتم تـصحيح المقياس من خلال إعطاء الفقرات السلبية ثلاث درجات أو درجتين أو درجة علـى التـوالي، والفقرات الإيجابية تعطى العكس، تجمع درجات الفرد بحيث تعطى الدرجـة النهائيـة والتـي تتراوح بين (20) إلى (60). حيث يشير ارتفاع درجة الفرد إلى ارتفاع مستوى القلق.

صدق وثبات المقياس :

قام مؤلفو الاختبار باستخراج الصدق التلازمي للقائمة الأصلية لسمة وحالـة القلـق باستخدام مقياس تايلور للقلق كمحك فكان معامل ارتباطهما (0.80). قـام البحيـري (2005)

باستخراج ثبات المقياس من خلال إعادة التطبيق، فكان معامل الارتباط بـين التطبيـق الأول والتطبيق الثاني (0.62).

رابعاً: المقابلة

تم إعداد مجموعة من الأسئلة لطرحها على النساء المعنفـات بهـدف جمـع بعـض المعلومات عن نوع العنف الذي تعرضت له المرأة، والشخص الذي قام بممارسة سلوك العنف نحوها، وكذلك التعرف على عوامل الخطورة المرتبطة بالعنف برأيها.

وتكونت المقابلة من أسئلة تتعلق بالشخص المُعَنف، وطبيعة العلاقة بين المرأة المعنفـة والشخص الذي قام بتعنيفها، وطبيعة العنف الذي تعرضت له المرأة وتكراره، بالإضـافة إلـى السؤال عن بعض عوامل الخطورة المرتبطة بممارسة العنف، أنظر الملحق (9).

صدق المقابلة

تم عرض أسئلة المقابلة على أربعة محكمين، وبعد الأخذ بالتعديلات المقترحة وعرضها مرة أخرى على المحكمين كان الاتفاق بين المحكمين 90%.

خامساً: برنامج العلاج السلوكي المعرفي:

قامـت الباحثـة بتطـوير برنـامج عـلاج سـلوكي معرفـي لعـلاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات بناءً على الدراسـات السـابقة، وتـم استخدام مجموعة من الآليات العلاجية السلوكية المعرفية وهي:-

1. توعية المشاركات وتثقيفهن حول اضطراب ما بعد الصدمة وما يرافقه من اضطرابات أخرى، وأيضا تعريف المشاركات بالأسلوب العلاجي وإجراءاته.
2. مراقبة الذات من حيث الأفكار والمفاهيم السلبية، مدى تكرارها، وشدتها وتأثيرها على الحالة المزاجية.
3. مناقشة الأفكار اللاعقلانية.
4. تصحيح الأفكار الخاطئة المرتبطة بالصدمة.
5. إعادة البناء المعرفي.
6. التنفس العميق.

7. الاسترخاء العضلي.
8. الحديث الايجابي مع الذات.
9. مناقشة الأفكار اللاعقلانية.
10. التدريب على توكيد الذات عن طريق لعب الأدوار.
11. التعرض عن طريق التخيل.

المعالجة الإحصائية:-

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على كل مقياس من المقاييس الثلاثة القبلية والبعدية لجميع أفراد العينة، وللمقارنة بين هذه الدرجات والتأكد من دلالة هذه الفروق إحصائيا، وتم استخدام اختبار (t-test) لتحقيق هذا الغرض.

الإجراءات

في البداية قامت الباحثة بمخاطبة وزارة التنمية الاجتماعية، للحصول على الموافقة والسماح لها بالتطبيق في دار الوفاق الأسري، الواقع في ماركا/ التطوير الحضري. بالإضافة إلى مخاطبة مديرية حماية الأسرة وذلك لأخذ الإحصاءات المتعلقة بحالات العنف الموجودة في الأردن.

بعد الحصول على الموافقة ببدء التطبيق في دار الوفاق الأسري، قامت الباحثة بتوزيع مقياس اضطراب ما بعد الصدمة على جميع النزيلات في دار الوفاق الأسري والبالغ عددهن (60) نزيلة. وبعد تصحيح المقياس تبين أن (45) امرأة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة وقد اختيرت عينة قصديه مكونة من النساء اللواتي تعانين من اضطراب شديد ومتوسط وبلغ عددهن (17) مشاركة، وتسربت (4) مشاركات، وأكملت البرنامج العلاجي (13) مشاركة.

تكون البرنامج العلاجي من عشرة جلسات علاجية بالإضافة إلى الجلسة التمهيدية والجلسة الختامية، واستغرقت كل جلسة من الجلسات مابين (90- 120) دقيقة. في البداية عملت الباحثة على إقامت علاقة علاجية مع المشاركات وتكوين المجموعة العلاجية بالإضافة إلى تزويد المشاركات بمعلومات حول اضطراب ما بعد الصدمة، وحول العلاج المستخدم. ثم استخدمت الباحثة أسلوب إعادة البناء المعرفي المستند على نظرية إليس وذلك لتغيير أفكار المشاركات وأعتقاداتهم مما ينعكس على المشاعر والسلوك. ثم تم تدريب المشاركات على كيفية

استخدام الحديث الايجابي مع الذات، والتخلي عن الحديث السلبي. وتم تدريب المشاركات على التنفس العميق، والاسترخاء العضلي، بالإضافة إلى تمارين توكيد الذات عن طريق أسلوب لعب الأدوار. ثم تم تحديد الأماكن والمواقف والأشخاص الذين تتجنبهن المشاركات، وتـم التـدريب على التعرض التدريجي لهذه الأماكن والأشخاص والمواقف عن طريق الخيال، وفي النهاية تم عل التقييم النهائي.

الفصل الرابع

النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر برنامج علاجي (سلوكي – معرفي) في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات في مدينة عمان. وسيتناول هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها الدراسة.

النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

تمثلت الفرضية الأولى في أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة على الدرجة الكلية للمقياس وعلى أبعاده الفرعية الثلاثة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعود لاستخدام برنامج العلاج السلوكي المعرفي.

ولاستقصاء صحة هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لاستجابات أفراد العينة القبلية والبعدية على المقياس، ولمعرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات تم استخدام اختبار (ت) وكانت النتائج كما تظهر في الجدول (2)

جدول (2)

نتائج اختبار (ت) للدرجة الكلية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة

	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
قبلي	53.46	8.17			
بعدي	48.38	7.58	7.42	12	.001

باستعراض النتائج الموضحة في الجدول (2) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي كان (48.38) ، أما المتوسط الحسابي للقياس القبلي كان (53.46)، ونلاحظ وجود فروق بين المتوسطين القبلي و البعدي لأفراد العينة وهذه الفروق بين متوسط القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة ذات دلالة إحصائية عند(α <001.) حيث بلغت قيمت ت المستخرجة (ت = 7.42) عند درجة

حرية (12) وتدعم هذه النتيجة الفرضية القائلة أن المشاركة في برنامج علاج (سلوكي – معرفي) أدى إلى انخفاض على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

ولمعرفة فاعلية البرنامج العلاجي (السلوكي – المعرفي) على بعد تكرار الخبرة، فقد تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد الدراسة على هذا البعد ولمعرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات تم استخدام اختبار (ت) وكانت النتائج كما تظهر في الجدول(3)

جدول (3)

نتائج اختبار (ت) لاستجابات الأفراد على بعد تكرار الخبرة في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة

	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
قبلي	13.62	3.28			
بعدي	11.76	2.94	3.93	12	.03

وبملاحظة النتائج الموضحة في الجدول (3) نجد أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي على بعد تكرار الخبرة في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة كان (11.76)، أما المتوسط الحسابي للمقياس القبلي على بعد تكرار الخبرة في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة فكان (13.62)، إذ نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين لصالح القياس البعدي في الأداء على بعد تكرار الخبرة في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، إذ كانت قيمة ت المحسوبة (ت =3.93) ودرجة حرية (12) ومستوى دلالة (α <.03)، ويشير ذلك إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض بعد تكرار الخبرة.

ولاستقصاء فاعلية البرنامج العلاجي على بعد التجنب في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، فقد تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة على هذا البعد، ولمعرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات تم استخدام اختبار (ت) وكانت النتائج كما تظهر في الجدول(4).

الجدول (4)

نتائج اختبار (ت) لاستجابات الأفراد على بعد التجنب في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
قبلي	22.23	3.72			
بعدي	18.84	2.19	4.94	12	.000

وبملاحظة النتائج الموضحة في الجدول (4) نجد أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي على بعد التجنب في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة كان (18.84) ، أما المتوسط الحسابي للمقياس القبلي على بعد التجنب في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة فكان (22.23)، إذ نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين لصالح القياس البعدي في الأداء على بعد التجنب في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، إذ كانت قيمة ت المحسوبة (ت =4.94) ودرجة حرية (12) عند مستوى دلالة (α <000.)، ويشير ذلك إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض بعد التجنب.

ولاستقصاء فاعلية البرنامج العلاجي على بعد الاستثارة الزائدة في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، فقد تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة على هذا البعد، ولمعرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات تم استخدام اختبار (ت) وكانت النتائج كما تظهر في الجدول (5)

جدول (5)

نتائج اختبار (ت) لاستجابات الأفراد على بعد الاستثارة الزائدة في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
قبلي	15.23	3.11			
بعدي	10.70	4.44	4.17	12	.001

وبملاحظة النتائج الموضحة في الجدول (5) نجد أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي على بعد الاستثارة الزائدة في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة كان (10.70)، أما المتوسط الحسابي للمقياس القبلي على بعد الاستثارة الزائدة في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة فكان (15.23)، إذ نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين لصالح القياس البعدي في الأداء على بعد الاستثارة الزائدة في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، إذ كانت قيمة ت المحسوبة (ت =4.17) ودرجة حرية (12) عند مستوى دلالة (α <.001)، ويشير ذلك إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض بعد الاستثارة الزائدة.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

تمثلت الفرضية الثانية في أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس بيك للاكتئاب عند مستوى دلالة (α≤ 0.05) تعود لاستخدام برنامج العلاج السلوكي المعرفي.

ولاستقصاء صحة هذه الفرضية فقد تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للدرجة الكلية على مقياس بيك للاكتئاب، ولمعرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات تم استخدام اختبار (ت) وكانت النتائج كما تظهر في الجدول (6).

جدول (6)

نتائج اختبار (ت) لاستجابات الأفراد على مقياس بيك للاكتئاب

	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
قبلي	33.15	15			
بعدي	26.46	12.86	8.49	12	.000

وبملاحظة النتائج الموضحة في الجدول (6) نجد أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي على مقياس بيك للاكتئاب كان (26.46) ، أما المتوسط الحسابي للمقياس القبلي على مقياس بيك للاكتئاب فكان (33.15)، إذ نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين لصالح القياس البعدي في الأداء على مقياس بيك، إذ كانت قيمة ت المحسوبة (ت =8.49) ودرجة

الحرية (12) عند مستوى دلالة (α <000.)، ويشير ذلك إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض مستوى الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

تمثلت الفرضية الثالثة في أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس القلق كسمة- القلق كحالة عند مستوى دلالة (α≤ 0.05) تعود لاستخدام برنامج العلاج السلوكي المعرفي.

ولاستقصاء فاعلية البرنامج العلاجي على بعد القلق سمة في مقياس القلق سمة – حالة، فقد تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة على هذا البعد، ولمعرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات تم استخدام اختبار (ت) وكانت النتائج كما تظهر في الجدول(7).

جدول (7)

نتائج اختبار (ت) لاستجابات الأفراد على بعد القلق سمة في مقياس القلق سمة – حالة.

	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
قبلي	60	3.77	4.54	12	.001
بعدي	56.30	5.12			

وبملاحظة النتائج الموضحة في الجدول (7) نجد أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي على بعد القلق سمة في مقياس القلق سمة – حالة كان (56.30)، أما المتوسط الحسابي للمقياس القبلي على بعد اقلق سمة في مقياس القلق سمة – حالة فكان (60)، إذ نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين على بعد القلق سمة في مقياس القلق سمة – حالة، إذ كانت قيمة ت المحسوبة (ت =4.54) ودرجة حرية (12) عند مستوى دلالة (α <001.) ويشير ذلك إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض بعد القلق سمة.

ولاستقصاء فاعلية البرنامج العلاجي على بعد القلق حالة في مقياس القلق سمة – حالة، فقد تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة على هذا البعد،

ولمعرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات تم استخدام اختبار (ت) وكانت النتائج كما تظهر في الجدول(8)

جدول (8)

نتائج اختبار (ت) لاستجابات الأفراد على بعد القلق حالة في مقياس القلق سمة – حالة.

	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
قبلي	56	7.28			
بعدي	51.30	7.30	3.89	12	.006

وبملاحظة النتائج الموضحة في الجدول (8) نجد أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي على بعد القلق حالة في مقياس القلق سمة – حالة كان (51.30) ، أما المتوسط الحسابي للمقياس القبلي على بعد اقلق سمة في مقياس القلق سمة – حالة فكان (56)، إذ نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين لصالح القياس البعدي في الأداء على بعد القلق حالة في مقياس القلق سمة – حالة، إذ كانت قيمة ت المحسوبة (ت = 3.89) ودرجة حرية (12) عند مستوى دلالة (α <006.)، ويشير ذلك إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض بعد القلق حالة.

النتائج المتعلقة بمقابلة تشخيص العنف

من خلال تطبيق المقابلة على النساء المعنفات كانت النتائج كما يلي:

(11) مشاركة وضعها المادي متدني.

(7) مشاركات المعيل لهمن عاطل عن العملز

(9) من المشاركات يتعاطى الشخص المعنف لهن الكحول.

(1) من المشاركات يتعاطى الشخص المعنف لها المخدرات.

(3) من المشاركات يعاني الشخص المعنف لها من مرض نفسي.

(13) مشاركة جاءت من أسرة مفككة.

(8) مشاركات تعرضوا للإساءة الجنسية من أزواجهن، متمثلة في الإرغام على ممارسة الجنس، وقد يكون أمام الأطفال، بالإضافة إلى ممارسة الجنس عن طريق الشرج.

(13) مشاركة تعرضت للإساءة الجسدية والعاطفية، واللفظية، والإهمال بالإضافة إلى الإســـاءة المادية.

(5) مشاركات تعاني من آثار الحروق والجروح على جسدها.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

تشير النتائج التي توصلت إليها الدراسة إلى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي – المعرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أفراد عينة الدراسة ممثلة بانخفاض الدرجة الكلية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ،وعلى الأبعاد الفرعية له (بعد تكرار الخبرة، التجنب، الاستثارة الزائدة). كما أشارت إلى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي – المعرفي في خفض مستوى الاكتئاب والقلق لدى أفراد عينة الدراسة ممثلة بانخفاض دال في الدرجة الكلية على مقياس بيك للاكتئاب، وعلى مقياس القلق سمة – حالة.

ويمكن عزو النتائج المتعلقة بفاعلية البرنامج العلاجي السلوكي – المعرفي إلى ما تم استخدامه في البرنامج العلاجي السلوكي – المعرفي، من استراتيجيات و تدريبات سلوكية ومعرفية تساعد في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. وتجدر الإشارة هنا إلى أن نتائج هذه الدراسة تتفق مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي استخدمت أسلوب العلاج النفسي السلوكي – المعرفي ومنها (Debinger, Macleer& Henry, 1990; Hall & Henderson, 1996 ; Ahrens, 1997; Colossettl & Thyer; 2000; Pennsylvania, 2002; Pallave, Stephen, Peter & Matthew, 2003; Frommberger, Stielitz, Nyberg, Richter, Fischer, Angenendt, Zaninelli & Berger, 2004; (Jonson , 2006; Maryrose, Babara, Olasov, Kerry, & Heekin, 2008, Ana, Aline, 2009 من الدراسات الأجنبية، كما واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة بني يونس (2005) ونتائج دراسة شاهين (2007) ، السنباني (2005) من الدراسات العربية.

تعود فاعلية الأساليب العلاجية السلوكية والمعرفية المستخدمة في الدراسة الحالية إلى عدد من العوامل وتبعاً للمهارات المستخدمة. حيث بينت الدراسات السابقة، وكما ورد في الإطار النظري لهذه الدراسة فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي وأسلوب التنفس العميق في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والقلق، والتوتر، والاكتئاب، و إعادة المريض إلى حالة التوازن النفسي – العصبي، وعند إتقان الفرد لهذين الأسلوبين فإنهما يحلان محل السلوك التوتري في المواقف المثيرة للتوتر والقلق، وذلك لأن القلق والاسترخاء لا يجتمعان وإذا أتقن المريض الاسترخاء فإن القلق يزول(ابراهيم، 1994). وكما نعلم فإن القلق يسبب التوتر

العضلي في مناطق مختلفة من الجسم وخاصة في منطقة الرقبة والرأس والظهر، ويؤدي إلى زيادة التعرق، وتسارع نبض القلب، والتنفس، وارتفاع الضغط، وتزايد حركة الجهاز الهضمي والجهاز البولي، كما يؤدي إلى زيادة في الموجات الدماغية، مما يؤدي إلى زيادة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. أما عند إتقان الاسترخاء فإن هذه الاستجابات الجسمية سوف تتبدل. فالاسترخاء يؤدي إلى ارتخاء العضلات الجسمية ويؤدي إلى وجود نبض سليم، وتنفس جيد، وتقليل ارتفاع ضغط الدم، وكل هذه الاستجابات تؤدي إلى تقليل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

هذا وأدى استخدام أسلوب تعديل البناء المعرفي ومناقشة الأفكار الغير عقلانية الموجودة لدى أفراد عينة الدراسة يساعد على تغيير الأفكار السلبية التي تسهم بما في ذلك بخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، يؤدي إلى خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، حيث يؤدي تغير الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصدمة إلى أفكار عقلانية ومنطقية ومرتبطة بالواقع ويؤدي إلى دحض الأفكار الخاطئة الموجودة لدى الشخص، وتبني أفكار جديدة تساعد الشخص على التكيف مع الحدث الصادم، وأي أحداث مستقبلية في الحياة. كما أن تغير الأفكار ينعكس على الشعور والسلوك لدى الأشخاص ويقود إلى تحسن مزاجه، حيث يتم تبني معتقدات عقلانية جديدة تؤثر على سلوك الشخص اتجاه أحداث الحياة اليومية، كما ويستخدم في التقليل من أعراض الاكتئاب والقلق (يعقوب، 1999).

ويساهم في تغيير الأفكار أسلوب التوكيد وأسلوب لعب الأدوار المستخدمان في هذه الدراسة حيث يعمل أسلوب لعب الأدوار على تغيير أفكار المرضى عن طريق قيامهم بأدوار معينة، وقد يدفعهم لتبني أفكار جديدة مرتبطة بهذا الدور الذي قاموا به، وأسلوب التوكيد يساعد على إكتساب مهارات التعبير عن الأفكار والمشاعر بشكل ملائم. كما أن تدريب المرضى على مراقبة الذات واستخدام أسلوب الحديث الإيجابي مع الذات وتجنب الحديث السلبي ساعد على خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، لأن اللوم الدائم للذات واتهامها المتكرر بأنها السبب وراء هذه الصدمة يزيد من شدة الأعراض المرضية، أما الحديث الإيجابي مع الذات والتشجيع المستمر لها وحب الذات وعدم إلقاء اللوم عليها يؤدي إلى التحسن لدى المريض وانخفاض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لديه، وأعراض الاكتئاب والقلق وتحسين الحالة المزاجية. كما أن هذا البرنامج العلاجي يتفق مع ما اقترحه (Meichenbaum, 1985) للتعامل مع اضطراب ما بعد الصدمة، حيث حدد ثلاث مراحل لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة وهي: المرحلة التثقيفية أو التعليمية والتي ترمي إلى تزويد الشخص بالمعلومات الكافية عن

الاضطراب، وطبيعة الصدمة، والعوارض الجسدية، والأفكار السلبية التي ترافــق الإصـــابة. وتضم المرحلة الثانية تدريب الشخص على استخدام بعض التقنيات المعرفية والسلوكية للسيطرة على أعراض الاضطراب مثل الاسترخاء، ولعب الأدوار والكلام الايجابي، والتخيل الايجابي، والتفكير المنطقي، وطريقة حل المشكلات. أما المرحلة الثالثة فتقضي بتعريض الشخص إلـــى مجموعة من المواقف الضاغطة (بالتخيل، أو الواقع) لإجراء التدريب اللازم وتطبيق التقنيات والمهارات التي تعلمها في المراحل السابقة. كما وأظهرت نتائج الدراســـة فاعليـــة البرنـــامج العلاجي السلوكي – المعرفي في خفض مستوى الاكتئاب والقلق الموجود لدى أفـــراد عينـــة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس بيك للاكتئاب، و مقياس القلق حالة – سمة، وتتـــسق هـــذه النتيجة بشكل عام مع ما توصلت إليه العديد مـــن الدراســـات الـــسابقة ومنهـــا (Debinger, Macleer& Henry, 1990; Ahrens, 1997 Pallavi, Stephen, Peter & Matthe,2003; Kubany, Hill & Owens ,2003; Jonson , 2006; Maryvose, Barbara, Olasov, Kerry & Heekin, 2008) واتسقت نتائج هذه الدراسة مـــع نتـــائج دراسة شاهين، 2007، ودراسة السنباني (2005).

ويرجع ذلك لأن الأساليب المعرفية المستخدمة في البرنامج العلاجي تعمل على تغيـــر المخططات المعرفية السلبية الموجودة لدى الشخص حول نفسه وحول العالم والمـــستقبل، كمـــا وتعمل على تعديل أفكار وأنماط سلوك الشخص وطريقة تفكيره.بالإضافة إلى ذلك فـــإن هـــذه الأساليب تهدف إلى اكتشاف الأفكار اللاعقلانية الموجودة لدى أفراد العينـــة، وتـــم التـــدريب والتعرف على تأثيرها الضار على السلوك. ومن ثم استبدالها بأفكار عقلانية وواقعة. وعند تبني أفكار جديدة إيجابية فإنها تؤثر على الحالة المزاجية وتجعل الفرد أكثر ســـعادة وأقـــل اكتئـــاب وبالتالي تؤثر على سلوكه وتجعله أكثر فاعلية، مما يؤدي إلى خفض درجة الاكتئـــاب لديـــه، وعندما تقل الأفكار اللاعقلانية لديه بالتالي يقل القلق الناتج عنها والمشاعر الـــسلبية المرتبطـــة بها. بالإضافة إلى أن استخدام أسلوب التفريغ النفسي يعمل على تفريـــغ الـــشحنات الانفعاليـــة السلبية الموجودة لدى أفراد العينة، وأن عملية التفريغ هذه تقتضي أن يقوم كل فرد من أفـــراد العينة بالتعبير عن انفعالاته الحقيقية وأفكارة ومشاعره المكبوتة مما يساعده للوصول إلى تكيف افضل مع الواقع بدلاً عمليات التجنب والنكران، وكلما تم تكرار هذا الأسلوب فإن الفرد يصبح أكثر قدرة على التعرف إلى مشاعره ومواقفه إزاء اعنف الذي تعرض له (يعقـــوب، 1999؛ ابراهيم، 1994).

التوصيات

أولاً: عمل دراسات تهدف للكشف عن الاضطرابات النفسية الأخرى الناتجة عن تعرض المرأة للعنف.

ثانياً: عمل دراسات تهدف لعلاج الاضطرابات النفسية الأخرى الناتجة عن تعرض المرأة للعنف بحيث تشمل عدد أكبر من النساء المعنفات في مختلف مراكز حماية الأسرة في الأردن.

ثالثاً: زيادة التوعية بالآثار السلبية للعنف ضد المرأة.

رابعا: تبين من الدراسة أن النساء المعنفات النزيلات في المراكز المتخصصة للتعامل حالات العنف بحاجة لرعاية نفسية، ولا يتوفر في هذه المراكز أخصائيين نفسيين.

قائمة المراجع

المراجع العربية

- إبراهيم، عبد الستار (1994)، **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث**، الدار العربية للنشر، القاهرة، مصر.

- أبو الخير، فداء (2009)، **علاقة الجنس والعمر بنسبة انتشار القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى السرطان في مركز الحسين للسرطان**، رسالة جامعية غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- أبو شهبة، فادية؛ عبد الغني، ماجدة؛ المجدوب، أحمد (2003)، **ظاهرة العنف داخل الأسرة المصرية : التقرير الأول العنف الأسري: منظور اجتماعي وقانوني**، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، مصر.

- إدارة حماية الأسرة (2010)، **إحصائيات إدارة حماية الأسرة**، مقدمة من قبل إدارة حماية الأسرة.

- آل مبارك، حنان (2002)، **برنامج الخدمة الاجتماعية لضحايا العنف من النساء والأطفال في مستشفى الملك عبد العزيز العسكري بالسعودية**، رسالة جامعية غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- بركات، حليم (1993)، **المجتمع العربي المعاصر**، بحث استطلاعي اجتماعي، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان.

- بنات، سهيلة (2006) ، **العنف ضد المرأة أسبابه وآثاره و كيفية علاجه**، المعتز للنشر، عمان– الأردن.

- بني يونس، محمد (2004)، علاقة أنماط الجهاز العصبي باضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى طلبة الجامعة الأردنية، **مجلة دراسات**، العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 31، العدد 3، الجامعة الأردنية، عمان- الأردن.

- بني يونس، محمد (2005)، مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من الطلبة المصابين في الجامعة الأردنية، **مجلة دراسات**، العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 32، العدد 3، الجامعة الأردنية، عمان – الأردن.

- تايلور، شيلي (2008) ، **علم النفس الصحي**، ترجمة فوزي شاكر، وسام درويش، دار حامد للنشر: عمان- الأردن.

- حجار، محمد (1995)، أعراض الارتكاس الانذاري البيوكيمائي للتوتر و الشدات النفسية المزمنة، **مجلة الثقافة النفسية**، المجلد 6، العدد 24، دار النهضة العربية، بيروت- لبنان.

- الحجاوي، عبد الكريم (2004)، **موسوعة الطب النفسي**، دار اسامة للنشر و التوزيع، عمان، الاردن.

- حسين، طه (2007) ، **سيكولوجية العنف العائلي و المدرسي**، دار الجامعة الجديدة: الإسكندرية-مصر.

- حلمي، إجلال إسماعيل (1999) **العنف الأسري**، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.

- حمدان، عنان (1996)، **إيذاء الاناث في الأسرة الفلسطينية**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- حمدي، نزيه؛ أبو حجلة، نظام؛ أبو طالب، صابر (1998)، البناء العاملي ودلالات صدق وثبات صورة معربة لقائمة بيك للاكتئاب، **مجلة دراسات**، المجلد 12، العدد 11، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- دحادحة، باسم (1995)، **فاعلية برنامج إرشاد جمعي في التدريب على حل المشكلات والاسترخاء العضلي في ضبط التوتر النفسي**، رسالة جامعية غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد، الاردن.

- درويش، مها (2001)، **العنف الأسري في مدينة الزرقاء**، مركز التوعية والإرشاد الأسري ، الزرقاء، الأردن.

- الزعبي، تيسير (2003)، **ميزان العدالة الأردني الجامع المتين للأنظمة والقوانين**، عمان، الأردن.

- السنباني، إيمان (2005)، **فعالية برنامج علاج سلوكي- معرفي في تخفيف إضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المُساء إليهم**، رسالة جامعية غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- سرحان، وليد (2007) ، **سلوكيات6 محاضرات نفسية**، دار مجدلاوي: عمان- الأردن.

- شاهين، محمد (2007)، **فاعلية برنامج تدريبي معرفي في تحسين التفكير العقلاني وتقدير الذات وخفض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الطلبة الجامعيين** في فلسطين،

رسالة جامعية غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

- الشبيب، كاظم (2007)، **العنف الأسري، قراءة في الظاهرة من أجل مجتمع سليم،** ط1، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء، المغرب.

- الطراونة، أحمد (2003)، **السمات الشخصية لدى النساء اللواتي وقع عليهن العنف الجسدي والنفسي،** رسالة جامعية غير منشورة، جامعة مؤتة، الأردن.

- عادل، عبد الله (2000)، **العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات،** دار الرشاد، القاهرة، مصر.

- العامري، أروى (1988)، **العنف العائلي في الأردن حجمه ومسبباته،** مستقبل الأسرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، سلسلة علم النفس، مركز الدراسات والأبحاث الاقتصادية والاجتماعية، جامعة تونس، تونس.

- عباس، محمد وآخرون (2009) ، **مدخل إلى مناهج البحث في التربية و علم النفس** ط2، دار المسيرة: عمان- الأردن.

- عبد الجواد،هاني (2004)، خصائص ضحايا و مرتكبي العنف الأسري في الأردن (دراسة ميدانية)، **المجلس الأعلى للعلوم و التكنولوجيا،** عمان، الأردن.

- عبد الرحمن، علي (2006)، العنف الأسري، الأسباب والعلاج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

- عبد الرحمن، محمد (1999)، **علم الأمراض النفسية و العقلية: إلى أسباب- الأعراض- التشخيص- العلاج،** دار قباء، القاهرة، مصر.

- عبد المحمود،عباس (2005)، **العنف الأسري في ظل العولمة**، ط1،جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.

- عبد الوهاب، ليلي (1994)، **العنف الأسري**، دار المدى للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.

- العبسي، بشرى (2007) ، **أثر العلاج المعرفي و المشاركة بالنشاطات في خفض مستوى الإكتئاب لدى كبار السن**، رسالة جامعية غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان – الأردن.

- العسال، ضرار(2003)، **العنف ضد المرأة وأثره على الإساءة للطفل**، رسالة جامعية غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردنية.

- عكاشة، أحمد وآخرون (1999)، الكتاب الطبي الجامعي" **المرشد في الطب النفسي**"، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي بالشرق الأوسط.

- العواودة، أمل (1998)، **العنف ضد الزوجة في المجتمع الأردني:** رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، عمان، الاردن.

- القضاه، أشرف (2009)، خطوات الاسترخاء العضلي، مستمدة من The Relaxation and Staress Reduction Workbook)

- كامل، شارلوت (2006)، اضطراب ما بعد الصدمة: بين الأعراض الأولية والثانوية، صحيفة الوقت البحرينية، العدد 172، البحرين.

- ليهي، روبرت (2006) ، **العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية:** ترجمة جمعة يوسف ومحمد الصبوة، ايتراك للنشر و التوزيع، القاهرة ،مصر.

- محارمة، حمد؛ والزيود، ريم؛ والحياري، رجاء؛ والنحاس، أمل، (2002)، **المفاهيم الخاصة بالعنف الأسري و الإساءة كما تراها شرائح المجتمع الأردني**، معهد الملكة زين الشرف التنموي، عمان، الأردن.

- محروس، محمد (1988)، **نظريات الارشاد و العلاج النفسي**، دار غريب للطباعة و النشر، مصر.

- محمد، عادل (2000)، **العلاج المعرفي السلوكي (أسس و تطبيقات)**، دار الرشاد ، مصر.

- مركز التوعية والإرشاد الأسري (2001)، **دليل إرشادي للتعامل مع العنف الأسري** الزرقاء، الأردن

- مكلفين، روبرت؛ غروس، رتشارد، (2002)، **مدخل إلى علم النفس الاجتماعي**، ترجمة حداد، ياسمين وآخرون، دار وائل، عمان، الأردن.

- منظمة الصحة العالمية (2002)، التقرير العالمي حول العنف والصحة، الطبعة العربية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، مصر.

- مومني، فواز (2008)، **أثر استراتيجيات التعامل والدعم الاجتماعي في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى ضحايا و أسر تفجيرات فنادق عمان**، رسالة جامعية غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

- نواس، جمال (2005)، **تأثير الخبرات الصادمة على إضطراب ما بعد الصدمة ودافعية الإنجاز والتحصيل لدى طلبة الصفين السادس والسابع في فلسطين والأردن**، رسالة جامعية غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

- هزاع، نورا (2006)، **أعراض الضغط النفسي واستراتيجيات التكيف لدى النساء المعنفات وغير المعنفات**، رسالة جامعية غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- يعقوب، غسان (1999)، **سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي(اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة)**، دار الفارابي، بيروت، لبنان.

المراجع الأجنبية

- Abel, E.M. (2001). Comparing the social service utilization, exposure to violence, and trauma symptomology of domestic female "victims" and female "batterers". **Journal of family violence**, Vol. 16, No. 3, PP. 401-420.

- Albelda & Randy (1997). In Harms Way? Domestic violence, AFDC Recipt. & Welfare Reform. Research in Brief, **Institue for womens police Research**, Washington, DC.

- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR-TM**. American Psychiatric Association. Washington. D. C, USA

- Ana. A, & Aline. E. (2009). The effect of cognitive processing therapy on cognition: Impact statement coding : **Journal of Traumatic Stress**, Vol. 22, pp. 205-211.

- Ahrens, J. A. (1997). Treatment of PTSD incarcerated Adolescents: A comparison between cognitive and supportive therapies, **dissertation Abstracts international,** Vol. 57, pp.6553**.**

- Barlow (1988). **Anxiety and its disorders**, N.Y. Guilford.

- Browne, K. & Herbert, M. (1997). **Preventing family violence. England**: John Wiley & Sons L td.

- Celles, R.J & Cornell, C.D.(1983). **International perspective on family violence. Lexington**, M. A. D. C . Health.USA.

- Connor. P, & Higgins. D. (2008). The (HEALTH) model- part 2: case study of a guideline- based treatment program for Complex PTAD relating to childhood sexual abuse: **Sexual and Relationship Therapy**, Vol. 23, pp. 401-410.
- Colossettl & Thyer. (2000). The relative effectiveness of EMDR versus relaxation training with battered women prisoners. **Behavior Modification**. Vol. 24. pp. 719- 730.

- Deblinger, E., Mcleer, S.V, &Henry, D.(1990). Cognitive- behavioral treatment for sexually abused children suffering PTSD: preliminary findings, **Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry**, Vol. 29, PP. 747-752.

- Donna, Abigail & Mark. (2009). Biological correlates to the Development of post traumatic stress disorder in female victims of intimate partner violence: Impactions for practice, **Perspectives in Psychiatric Care**, Vol. 46, p.p. 26- 35.

- Ellis, S. & Siegler, R. S. (1994**). Development of problem solving**. In R. G. Sternberg (Editor), **Thinking & problem solving**, Academic press U.S.A .

- Foa, E. B. Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., Orsillo, S. M. (1999) The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. **Psychological Assessment**,Vol. 11, pp. 303-314.

- Foa, E. B, &Rothbaum, B.O. (1997). **Treating of rape**. New York: Guilford Press.

- Foa, E. B, &Rothbaum, B.O. (1992). Expousure therapy for rape victims with posttraumatic stress disorder**. Behavior Therapist**, Vol. 15, pp. 219-222.

- Foy,Osato, Houstkomp & Newman. (1992) Etiology of posttraumatic stress disorder. In P.A saigh (Ed). Posttraumatic stress disorder, pp. 28- 49.
- Frommberger & Other. (2004). Comparison between paroxetine and behaviour therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): A pilot study. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, Vol. 8, pp. 19- 23.
- Gill, Szanton & Page. (2005). Biological underpinnings of health alteration in women with PTSD, Asex disparity, Biological research for nursing . Vol. 7, pp. 44- 54.

- Hall & Henderson.(1996) Cognitive processing therapy for chronic PTSD from childhood sexual abuse: A case study, **Counseling Psychology Quarterly,** Vol. 9, pp. 359-371.

- Heike, Peter, Resch, & Brunner (2005). Psychosocial support for war-traumatized child and dolescent refugees: evaluation of a short-term treatment program **: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry** , 39:81–87.

- Holtzwrth-Munroe, A, Smutzler, N., Bates, L. & Sandin. E. (1997). Husband violence: Basic facts and clinical implications. In w. Halford and H. Markman, **clinical handbook of marriage and couples interventions**. PP 129-202).

- Isaaces, Ann. (2001). **Mental Health & Psychiatric Nursing** (3rd ED). Lippincot Williams & wilkins, S.A.

- Johnson (2006). A Cognitive- Behavioral Treatment for Battered Women With PTSD in Shelters: Findings From a Pilot Study: **Journal of Traumatic Stress**, Vol. 19, pp. 559-564.

- Kevin R. Ronan. (2004). trauma-focused cognitive behavioural Therapy for Abused Children withPosttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study: **New Zealand Journal of Psychology**, Vol. 35.

- Kemp, A. Green.B. Hovanitz, C. & Rawlings, E. (1995). Incidence & correlates of PTSD in battered women: shelter samples & community samples **. Journal of Interpersonal Violence**, Vol. 10, pp. 43-55.

- Kubany. E, Hill, E , & Owens. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: preliminary findings: **Journal of Traumatic Stress**, Vol. 16, No. 1, February 2003, pp. 81-91.

- Lee, J. , Pomeroy, E. & Bohma, T. (2007). Intimate partner violence and psychological health in a sample of asian and caucasian women : The Roles of Social Support and Coping. **Journal of Family Violence**, Vol. 22, PP. 709- 720.

- Meichenbaum. D. (1985). **Stress inoculating training**. N.Y. Plenum.

- Pallavi. N, Stephen. P, Duntley, Peter. P, Domitrovich, Matthew L. Uhles, Brenda J. Cook, and Phyllis K. Stein. (2003). Effect of cognitive behavioral therapy on heart rate variability during REM sleep in female rape victims with PTSD**: Journal of Traumatic Stress**, Vol. 16, pp. 247–250 (°C 2003).

- Piaget, J. (1987). Possibility and necessity (Vol. 2). Minneapolism MN: University of Minnesota Press.

- Gerardi. M, Olasov. B, Rothbaum, Ressler. K, and Heekin. M (2008). Virtual Reality Exposure Therapy Using a Virtual Iraq:Case Report : **Journal of Traumatic Stress**, Vol. 21, pp. 209–213.

- Nicole. T. (2007). **The Interrelationship between intimate partner violence and postpartum depression in a sample of women living**

in an impoverished section of an urban community. Unpublished Doctoral Dissertation, State University of New York, New York.

- Resick, P.A, & Schnincke, M.K. (1993). **Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual. Newbury Park**, CA. sage.

مواقع الانترنت

1- montada.arahman.net/t16046.html

الملاحق

ملحق (1)

عقد اتفاق

الأسم:.. العمر: ....

وحيث أنه وقع علي الاختيار في أن أكون أحد المشاركين في البرنامج العلاجي السلوكي- المعرفي الذي تطبقه الباحثة " **سعاد بدران**"، فإنني أوافق وألتزم بما ورد في هذا العقد المتعلق بتنظيم عمل المشاركات مع الباحثة بحسب الشروط الآتية:

1. حضور الجلسات في المواعيد المحددة.
2. الانتباه لما تقوله المشاركات واحترام آرائهن.
3. المشاركة في النشاطات، وتشجيع الأعضاء على المشاركة.
4. الإصغاء الفعال والاهتمام بمشكلات المشاركات.
5. الاحترام المتبادل.
6. الحفاظ على السرية التامة لما يقال داخل الجلسات.

أوافق أنا/ : .... على ما ورد من بنود تخص الأعضاء المشاركين و الباحثة حسب هذا العقد، وبناءً عليه أوقع.

توقيع المشاركة:..................................

توقيع الباحثة: ....

ملحق (2)

التنفس العميق

طلبت الباحثة من المشاركات الجلوس على المقعد بشكل مريح، وتحرير أي شيء مشدود على الجسم، ثم تم تقديم تعليمات التنفس التالية:

1. استرخ على المقعد الذي تجلسين عليه، ودعيه يحملك، أشعري أن ثقل جسمك يشدك إلى الأسفل.
2. يمكنك إغماض عينيك، وتخيل أن المكان هادئ تماماً، وركز انتباهك على تنفسك.
3. حاولي أن تأخذ نفساً عميقاً (من الأنف)، وزفيراً بطيئاً (من الفم).
4. لاحظ جميع عمليات التنفس، واستشعري بأن التوتر يخرج مع عملية الزفير.
5. استراحة لمدة (15– 20) ثانية.
6. تكرار التدريب السابق ثلاث مرات أو أكثر حتى يتم إتقان التدريب دون صعوبات.
7. خذي نفساً عميقاً من أنفك و احبسيه في صدرك لمدة خمس ثواني، ثم أخرجيه ببطء من فمك، وأحسي به.
8. استراحة لمدة (15– 20) ثانية.
9. خذي نفساً من الأنف حتى العد إلى 4 و ملئ الرئتين بالهواء.
10. احتفظي بالهواء داخل الجسم حتى العد إلى 4.
11. فرغي الهواء ببطء من الفم حتى العد إلى 2.
12. كرري التمرين بحيث تزيدي من مدة الاحتفاظ بالهواء داخل الجسم وتقومي بتفريغه دائماً في نصف المدة، فمثلاً لو إحتفظتي بالهواء داخل الجسم حتى العد إلى 6 فعليكِ القيام بتفريغ الهواء حتى العد إلى 3، ولو وصلتي حتى العد إلى 10 يجب أن يكون التفريغ حتى العد إلى 5، وباستمرار يجب عليكِ زيادة الوقت بالتدريج وببطء.

ملحق (3)

الاسترخاء العضلي

1. خذي نفساً عميقاً من أنفك واحبسيه لمدة خمس ثواني، وأخرجيه من فمك، يطلب الإعادة مرتين.
2. اقبضي يدك اليمنى على شكل قبضة- اقبضي أكثر و أكثر، وأكثر، لاحظي التوتر في عضلات يدك، ومكان التوتر...... الآن رخي قبضة يدك تدريجياً......، اجعل أصابع يدكِ أيضاً ترتخي وتصبح أثقل، يطلب إعادة نفس الحركة مرتين.
3. اقبضي اليسرى على شكل قبضة- إقبضي أكثر و أكثر، واكثر، أشعري بالتوتر في عضلات يدك...... الآن إرخي قبضة يدك مرة واحدة......، إجعلِ أصابع يدكِ أيضاً ترتخي وتصبح أثقل، يطلب إعادة نفس الحركة مرتين.
4. اثني كفتي يدك الآن إلى الوراء بحيث تشد عضلات ظهر الكف. شدي واجعلي أصابعك إلى جنب بعضهما البعض، باتجاه السقف، لاحظي التوتر في كفيكِ، الآن إرخي كفيكي مرة واحدة، لاحظي الفرق بين الشد و الاسترخاء يطلب إعادة نفس الحركة مرتين.
5. اثني ذراعيكِ إلى الوراء باتجاه كتفك، وحاولي أن تشدي عضلات ذراعيكِ و كتفكِ قدر الإمكان و حاولي أن تحسي كيف يكون الشعور بالشد، والتوتر، الآن أرخي ذراعيكِ أكثر وأكثر، ستشعرين أن ذراعيكِ مرتخون، وثقيلون، ولكن مسترخون، يطلب إعادة نفس الحركة مرتين.
6. الآن أريدك أن تجعدي جبينكِ، جعيديه قدر ما تستطيعين، أكثر، وأكثر، والآن ارخيه، ودعيه يسترخي ، أرخي أكثر وأكثر، يطلب إعادة نفس الحركة مرتين.
7. الآن أغلقي عينيكِ وشديهما جيداً بحيث تشعرين بالتوتر والشد، حول عينيكِ. أغلقي أكثر وحاولي أن تحسي بما يشعركِ بالتوتر، والآن أرخي عينيك يطلب إعادة نفس الحركة مرتين.

8. الآن اضغطي شفتيكِ على بعضهما جيداً، وأشعري بالتوتر والضغط حول الفم والذقن والوجنتين، اضغطي جيداً، اضغطي أكثر....، و الآن أرخـي شـفتيكِ ولاحظي الفرق بين الضغط والتوتر وبين الراحة، يطلب إعادة نفس الحركـة مرتين.

9. والآن أريدكِ أن ترفعي كتفيكِ كما وكأنكِ تريديهما أن يلمسا أذنيكِ، حاولي أن تحسي التوتر في أعلى ظهرك، ورقبتكِ، والآن إرخي كتفيكِ ولاحظي الفـرق. مرتين.

10. الآن اضغطي برأسك إلى الوراء على الكرسي، اضـغطي قـدر مـا تستطيعين، و الآن أرخي رأسكِ، يطلب إعادة نفس الحركة مرتين.

11. الآن اثني رأسك إلى الأمام كما لو أنكِ تحاولين أن تلمـسي صـدركِ بذقنك، وأشعري بالتوتر في أعلى ظهرك وخلف رقبتكِ، أثنـي رأسـكِ أكثـر فأكثر، يطلب إعادة نفس الحركة مرتين.

12. خذي نفساً عميقاً، واحبسيه لمدة خمس ثواني، اشعري التـوتر كيـف ينمو، والآن تنفسِ بشكل طبيعي مرة أخرى وأشعري بالراحـة والاسـترخاء، يطلب إعادة نفس الحركة مرتين.

13. و الآن أريدكِ أن تقوسي ظهركِ بحيث يبرز صدرك إلى الأمام و يبتعد ظهرك عن الكرسي نوعا ما، وحاولي أن تلاحظي التوتر وكيف ينمـو، والآن إرخي ظهرك وقارني بين الحالتين، يطلب إعادة نفس الحركة مرتين.

14. الآن أريدك أن تشدي عضلات معدتكِ كما لو أن أحـدهم سيـضربك عليها، شدي أكثر ما يمكنكِ، واشعري بالتوتر والشد، والآن ارخـي معـدتك، إرخيها أكثر وأكثر، وأشعري بـالفرق بـين الـشد والتـوتر وبـين الراحـة والاسترخاء، يطلب إعادة نفس الحركة مرتين.

15. الآن أريدك أن تشدي عضلات الوركين من خلال كما لو أنكِ سترفعي نفسك عن الكرسي، شدي هذه العضلات جيداً، والآن إرخيها، يطلب إعادة نفس الحركة مرتين.

16. والآن أريدك أن تمدي رجليكِ وترفع قدميكِ عن الأرض بحيث تشعري بالتوتر والشد في فخذيكِ، شدي أكثر وأكثر، وحسي بالتوتر، والآن أرخي رجليكِ ولاحظي الفرق، يطلب إعادة نفس الحركة مرتين.

17. والآن اثني قدميكِ إلى الوراء كما فعلت بكفيكِ بحيث تكون أصابع قدميكِ تتجه إلى السقف، اثني أكثر وأكثر، والآن أرخي قدميكِ جيداً، يطلب إعادة نفس الحركة مرتين.

18. سوف أراجع معك باختصار مختلف العضلات التي غطيناها، وعندما أسمي العضلة فقط أريدكِ أن تريحيها أكثر فأكثر (أرخي يدكِ أكثر وأشعري كيف هي أثقل و مرتاحة أكثر، أرخي أصابع يدكِ، وذراعيكِ، يديكِ من الكتف إل الأصابع مرتاحة ومرتخية، عضلات وجهك، وجبينك، ووجنتيكِ، وفميكِ، وفكيكِ، حتى رقبتكِ، كلها مسترخية ودافئة وثقيلة، موجه لطيفة من الراحة والاسترخاء تنتشر من رأسكِ إلى صدرك إلى معدتكِ، ثم إلى أسفل حتى وركيكِ، وفخذيكِ، وساقيكِ، حتى تصل إلى قدميكِ، كل عضلاتك مرتخية ومرتاحة، أريحيها أكثر وأكثر، حاولي أن ترخيها أكثر لدقيقة أو اثنتين، بينما أصمت أنا.

19. بعد دقيقة، سوف أعد من 5-1 وأريدكِ أن تصبح أكثر يقظة مع كل رقم أقوله، ولكن إبقي هادئة ومسترخية.

5

4

3

2- حركِ يديكِ ورجليكِ قليلاً بينما حافظي على وضعكِ مرتاحاً ومسترخياً،

1- افتح عينيكِ واستيقظي وانتبهي ولكن إبقِي مسترخية(القضاه، 2009).

ملحق (4)

الفقرات التي تم إجراء التعديل عليها في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة للسنباني

الفقرة في المقياس الحالي	الفقرة في مقياس السنباني
أجد صعوبة في البدء بالنوم منذ تعرضت للعنف	أجد صعوبة في البدء في النوم منذ تعرضت للحدث
يصعب علي تذكر أشياء هامة من أحداث العنف الذي تعرضت له	يصعب علي تذكر أشياء هامة من الحدث الذي تعرضت له
يأتيني شعور كما لو أن العنف مازال موجود	يأتيني شعور كما لو أن الحدث مازال موجود
أصبحت استثار أو أغضب بسهولة منذ أن تعرضت للعنف	أصبحت استثار أو أغضب بسهولة منذ تعرضت للحدث
تلاحقني أفكار مزعجة حول العنف الذي تعرضت له	تلاحقني أفكار مزعجة حول الحدث الذي تعرضت له
لم أعد أشارك في أنشطة كنت أستمتع بها منذ أن تعرضت للعنف	لم أعد أشارك في أنشطة كنت أستمتع بها منذ أن تعرضت للحدث
أشعر بصعوبة القيام بالأعمال المنزلية منذ تعرضت للعنف	أشعر بصعوبة القيام بالأعمال المنزلية منذ تعرضت للحدث
عند تعرضي لأشياء تذكرني بما حدث لي أشعر (بتسارع في ضربات القلب،أو تعرق،أو ارتجاف، أو برودة، أو اضطراب المعدة، أو الدوار)	عند تعرضي لأشياء تذكرني بما حدث لي أشعر (بتسارع في ضربات القلبي، تعرق، ارتجاف)

ملحق (5)

مقياس إضطراب ما بعد الصدمة

الاسم:................................. العمر.................................

سيدتي / آنستي:-

بين يديك بعض الفقرات التي تعبر عن بعض الأشياء التي قد يشعر بها أي إنسان بعد تعرضه لحدث مزعج أو عنف معين، أرجو منك الإجابة على جميع الفقرات وعدم ترك أي فقرة دون إجابة، بعد قراءة كل فقرة قراءة جيدة ضعي إشارة (√) تحت كلمة دائماً إذا كانت الفقرة تنطبق عليك تماماً أما إذا كانت تنطبق عليك أحياناً فضعي الإشارة تحت كلمة أحياناً، وإذا كانت تنطبق عليك قليلاً فضعي الإشارة تحت كلمة نادراً، أما إذا كانت لاتنطبق عليك أبداً فضعي الإشارة تحت كلمة أبد، وأعلمي بأنه ليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة بل اختاري ما ينطبق عليك فقط، عند إجابتك على كل فقرة تذكري بأن هذه الأشياء يجب أن تكون قد بدأت تظهر لديك بعد تعرضك للعنف وأنها لم تكن موجودة لديك قبل ذلك.

الرقم	الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
1	أجد صعوبة في البدء بالنوم منذ تعرضت للعنف				
2	أرى أحلام مزعجة حول ما تعرضت له				
3	يصعب علي تذكر أشياء هامة من أحداث العنف الذي تعرضت له				
4	يأتيني شعور كما لو أن العنف مازال موجود				
5	أجد صعوبة في الانتباه لما يقوله الآخرون				
6	أشعر بالضيق والانزعاج لأي شيء يذكرني بما حدث لي				
7	أشعر بالوحدة حتى وإن كنت مع أصدقائي				
8	أرى أشياء وأسمع أصواتاً ترتبط بما حدث لي				
9	أصبحت أستثار وأغضب بسهولة منذ تعرضت للعنف				
10	أتجنب التفكير بما حدث لي				
11	تلاحقني أفكار مزعجة حول العنف الذي تعرضت له				
12	أفزع كثيراً عند حدوث أبسط الأشياء بشكل مفاجئ				
13	لم أعد أشارك في أنشطة كنت أستمتع بها منذ أن تعرضت للعنف				
14	تأتيني صور متعلقة بما حدث لي رغماً عني				
15	أصبحت أتجنب أصدقائي ولا أهتم بهم				
16	لم أعد أظهر مشاعري للآخرين كما كنت سابقاً				
17	أتوقع أشياء سيئة ستحدث لي				
18	أحاول الابتعاد عن الكلام حول ما تعرضت له				
19	لا أنام بشكل عميق كالسابق وأستيقظ خلاله				

	مرتعباً				
20	أتجنب الناس الذين يذكروني بما حدث لي				
21	أشعر بصعوبة القيام بالأعمال المنزلية منذ تعرضت للعنف				
22	عند تعرضي لأشياء تذكرني بما حدث لي أشعر (بتسارع في ضربات القلب، أو الارتجاف، أو برودة، أو تعرق، أو اضطراب في المعدة، أو الدوار)				
23	أحاول البقاء بعيداً عن الأماكن التي تذكرني بما حدث لي				
24	أشعر بصعوبة التخطيط للمستقبل				

ملحق (6)
مقياس الإكتئاب

سيدتي/ آنستي بين يديك فقرات تصف المشاعر الرجاء اختيار واحد من البدائل الأربعة الموجودة في كل خانة والتي تعبر عن شعورك بشكل عام

0- إنني لا أشعر بالحزن 1- إنني أشعر بالحزن في بعض الأوقات 2- أشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع التخلص من هذا الشعور 3- إنني أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتمالها
0- إنني لست متشائماً بشأن المستقبل 1- أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل 2- أشعر أنه لا يوجد لدي ما أطمح للوصول له 3- أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن هذا الوضع من غير الممكن تغيره
0- لا أشعر بأنني شخص فاشل بشكل عام 1- أشعر بأنني أواجه من الفشل أكثر مما يواجهه الإنسان العادي 2- عندما أنظر إلى حياتي الماضية، فإن كل ما أراه الكثير من الفشل 3- أشعر بأنني إنسان فاشل فشلاً تاماً
0- ما زالت الأشياء تعطيني شعوراً بالرضى كما كانت عادة 1- لا أشعر بمتعة في الأشياء على النحو الذي كنت أشعر به عادة 2- لم أعد أشعر بأية متعة حقيقية في أي شيء على الإطلاق 3- لدى شعور بعدم الرضى والملل من كل الأشياء
0- لا يوجد لدي أي شعور بالذنب 1- أشعر بالذنب في بعض الأوقات 2- أشعر بالذنب معظم الأوقات 3- أشعر بالذنب في كافة الأوقات
0- لا أشعر بأنني أستحق عقاباً من أي نوع 1- أشعر بأنني أستحق العقاب أحيانا 2- كثيراً ما أشعر بأنني أستحق العقاب 3- أحس بأنني أعاقب وأعذب في حياتي وأنني أستحق ذلك
0- لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي 1- أشعر بخيبة الأمل في نفسي 2- أشعر أحياناً بأنني أكره نفسي 3- إنني أكره نفسي في كل الأوقات
0- لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين 1- إنني أنتقد نفسي بسبب ما لدي من أخطاء وضعف 2- ألوم نفسي طيلة الوقت بسبب أخطائي 3- ألوم نفسي على كل شيء يحدث حتى لو لم يكن لي علاقة مباشرة بذلك
0- لا يوجد لدي أية أفكار انتحارية

1- توجد لدي بعض الأفكار الانتحارية ولكني لن أقوم بتنفيذها 2- أرغب في قتل نفسي 3- سأقتل نفسي إذا توفرت لي الفرصة السانحة لذلك
0- لا أبكي أكثر من المعتاد 1- أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد 2- إنني أبكي طيلة الوقت هذه الأيام 3- لقد كانت لدي قدرة على البكاء ولكنني في هذه الأيام لا أستطيع البكاء مع أنني أريد ذلك
0- لا أشعر في هذه الأيام بأنني سريع الغضب أكثر من المعتاد 1- أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر من المعتاد هذه الأيام 2- أشعر بسرعة الاستثارة طيلة الوقت في هذه الأيام 3- أحس بان مشاعري قد تبدلت ولم يعد شيء يغضبني
0- لا أشعر بأنني قد فقدت اهتمامي بالناس الآخرين 1- أصبحت أقل اهتماماً بالناس الآخرين مما كنت عليه 2- فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين 3- فقدت كل اهتمامي لي بالناس الآخرين
0- أقوم باتخاذ قراراتي على أفضل ما أستطيع القيام به 1- أميل إلى تأجيل اتخاذ القرارات أكثر مما كنت أفعل عادة 2- أصبحت أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرار عما قبل 3- لم تعد لدى أية قدرة على اتخاذ قرارات في هذه الأيام
0- أشعر بأن مظهري مناسب كما كان عادة 1- يزعجني الشعور بأنني كهلاً أو غير جذاب 2- أشعر أن هنالك تغيرات دائمة تطرأ على مظهري تجعلني أبدو غير جذاب 3- أعتقد بأنني أبدو قبيحاً
0- أستطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت أفعل عادة 1- أحتاج إلى جهد إضافي كي أبدء العمل في أي شيء 2- علي أن أحث نفسي بشدة كي أقوم بعمل أي شيء 3- لا أستطيع عمل أو أنجاز أي شيء على الإطلاق
0- أستطيع النوم جيداً كالمعتاد 1- لا أنام جيداً كالمعتاد 2- أستيقظ من النوم أبكر بساعة أو ساعتين من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم 3- أستيقظ من النوم أبكر بساعات عديدة من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم
0- لا أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد 1- أصبحت أتعب أكثر من المعتاد 2- أصبحت أتعب من عمل أي شيء تقريباً 3- أنا متعب جداً لدرجة لا أستطيع معها عمل أي شيء

0- شهيتي للطعام هي كالمعتاد
1- شهيتي للطعام ليست جيدة كما هي عادة
2- شهيتي للطعام سيئة جداً هذه الأيام
3- ليست لدي شهية للطعام على الإطلاق في هذه الأيام

0- لم أفقد كثيراً من وزني مؤخراً أو بقي وزني كما هو
1- فقدت من وزني حوالي 2 كغم
2- فقدت من وزني حوالي 4 كغم
3- فقدت من وزني أكثر من 6 كغم

0- ليس لدي انزعاج يتعلق بصحتي أكثر من المعتاد
1- إنني منزعج بشأن المشكلات الصحية مثل آلام المعدة أو الإمساك أوالآلام والأوجاع الجسمية عامة
2- إنني متضايق من المشكلات الصحية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر
3- إنني قلق للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا أستطيع التفكير في أي شيء آخر

0- لم ألحظ أية تغيرات تتعلق في اهتماماتي الجنسية
1- أصبحت أقل اهتماماً بالأمور الجنسية مما كنت عليه من قبل
2- اهتمامي قليل جداً بالأمور الجنسية في هذه الأيام
3- فقدت اهتماماتي بالأمور الجنسية تماماً

ملحق (7)
مقياس القلق حالة

سيدتي/ الآنستي فيما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها بعض الأفراد لوصف أنفسهم. بعد قراءة كل فقرة قراءة جيدة ضعي إشارة (√) في المربع المناسب أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعرين به في هذه اللحظة.

	الفقرة	أبداً	قليلاً	أحياناً	كثيرا
1	أشعر بالهدوء				
2	أشعر بالأمان (بالبعد عن الخطر)				
3	أشعر أن أعصابي مشدودة				
4	أشعر بالأسف				
5	أشعر بالارتياح				
6	أشعر بعد الاتزان				
7	أشعر الآن بالانزعاج لاحتمال حدوث كارثة				
8	أشعر بالراحة				
9	أشعر بالقلق				
10	أشعر بالانشراح				
11	أشعر بالثقة في النفس				
12	أشعر بالعصبية				
13	أشعر بالهياج				
14	أشعر بتوتر زائد				
15	أشعر بالاسترخاء				
16	أشعر بالرضا				
17	أشعر بالكدر				
18	أشعر أنني مستثار جداً (لدرجة الغليان)				
19	أشعر بالسعادة العميقة				
20	أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين				

ملحق (8)
مقياس القلق سمة

سيدتي/ الآنستي فيما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها بعض الأفراد لوصف أنفسهم. بعد قراءة كل فقرة قراءة جيدة ضعي إشارة (√) في المربع المناسب أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعرين به في هذه اللحظة.

	الفقرة	أبداً	قليلاً	أحياناً	كثيرا
1	أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين				
2	أتعب بسرعة				
3	أشعر بالميل للبكاء				
4	أتمنى لو كنت سعيداً مثلما يبدوا الآخرين				
5	أفقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ قراري بسرعة كافية				
6	أشعر بالراحة				
7	أنا هادئ الأعصاب				
8	أشعر أن العقبات تتراكم لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها				
9	أشعر أنني أقلق بشدة على أمور لا تستحق ذلك				
10	أنا سعيد				
11	أميل إلى تصعيب الأمور				
12	ينقصني الشعور بالثقة بالنفس				
13	أشعر بالأمان				
14	أحاول تجنب مواجهة الأزمات أو الصعوبات				
15	أشعر بالغم				
16	أشعر بالرضى				
17	تجول بذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني				
18	تؤثر في خيبة الأمل بشدة لدرجة أني لا أستطيع أن أبعدها عن نفسي				
19	أنا شخص مستقر				
20	أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر كثيرا في اهتماماتي وميولي الحالية				

ملحق (9)

مقابلة تشخيص العنف

الاسم:...

العمر:...

الحالة الاجتماعية: متزوجة/ مخطوبة/ عزباء/ مطلقة/ أرملة

الدخل الشهري...

مكان السكن...

نوع السكن: إيجار/ ملك

المستوى التعليمي:..

عدد الأولاد إن وجد...

عمل الزوج...

عمر الزوج...

كيف تصفين وضعك السكني : ممتاز / جيد / سيء

كيف تصفي وضعك المادي: ممتاز / جيد / سيء

من المعيل لكِ...

كيف تم تحويلك إلى هنا (دار الوفاق الأسري)...
....
....

هل تم حرمانك من بعض الاحتياجات الأساسية، مثل الطعام، أو اللباس، أو الذهاب إلى الطبيب...
....
....
....

كيف تصفي علاقتك بشكل عام مع زوجك وأفراد أسرتك....................................

....
....
....
....

هل سبق وتعرضي للإساءة

....

ما نوع هذه الإساءة: جسدية/ جنسية/ عاطفية/ معنوية/ لفظية/ إهمال/ مادية

تحدثي عن هذه الإساءة التي تعرضتي لها بشكل موسع...................................
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

ما هي الآثار الجسدية والنفسية التي تبعت الإساءة التي تعرضتي لها.........................
....
....
....
....
....

هل تشعرين بالأمان في منزلك، إذا كانت الإجابة لا ما السبب...............................
....
....
....
....

هل تشعري أن هناك مصادر دعم اجتماعي ونفسي موجودة لديك في العائلة.................
....
....
....

هل الشخص المسيء لك يتعاطى المخدرات أو الكحول أو أي نوع من المؤثرات العقلية....
....
....
....

كيف تصفي شخصية زوجك/ أو الشخص المسيء لك، إيجابياته وسلبياته....................
....
....
....

هل هناك أية أمور أخرى تودين ذكرها لم تذكر من ضمن أسئلة المقابلة.......................
....
....
....

ملحق (10)
معلومات حول اضطراب ما بعد الصدمة

ما هو إضطراب ما بعد الصدمة؟

إضطراب ما بعد الصدمة هو مرض يصاب به الناس بعد العيش خلال تجربة مروعة ومرعبة.

يمكن أن تصابي باضطراب ما بعد الصدمة بعد أن تكون قد:-

- تعرضتي للاغتصاب أو الإساءة الجنسية.
- أجبرتي على أن تكوني ضحية.
- ضُربتي أو تعرضتي للإذاء من قبل شخص ما من عائلتك.

يمكن أتصابي باضطراب ما بعد الصدمة بعد أن كنتي:-

- ضحية جريمة عنيفة
- في حادث طيارة أو سيارة
- في إعصار أو حريق
- في حرب
- في حدث ظننتي أنك قد تقتلين فيه

يمكن أن تصابي باضطراب ما بعد الصدمة:

- بعد أن تكوني قد رأيت أيا من هذه الأحداث

الشخص الذي يعاني من إضطراب ما بعد الصدمة، يعاني غالباً من كـوابيس أو أفكـار مرعبة حول التجربة السيئة التي مر بها، ويحاول البقاء بعيداً عن أي شيء يـذكره بتجربتـه المخيفة. وقد يشعر بالغضب وعدم القدرة على الاهتمام أو الثقة بالأشخاص الآخرين. ويكـون دائماً في ترقب للخطر، ويشعر بالانزعاج الشديد عندما يحدث شيء ما بدون إنذار.

ملحق (11)

البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي

تكون البرنامج من عشرة جلسات علاجية بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وبهذا استمرة البرنـــامج مدة عشر أسابيع خلال الفترة الممتدة من (2010/3/2 -2010/5/4) وأستغرقت كل جلسة ما بين التسعين إلى المائة والعشرون دقيقة.

الجلسة التمهيدية (جلسة جمع البيانات)

هدف الجلسة:

1. تطوير علاقة علاجية قائمة على الثقة والاحترام بين الباحثة و أفراد العينة.
2. توعية المشاركات حول ردود الفعل الطبيعية، والمرضية الناتجة عن العنف الأسري.
3. جمع البيانات والمعلومات من أفراد العينة.
4. تطبيق نموذج المقابلة للتعرف على طبيعة العنف الذي تعرضت لـــه المـــرأة ونتائجـــه السلبية ملحق رقم (9).
5. معرفةعوامل الخطورة المهيئة للعنف الذي تعرضت له المرأة.
6. معرفة معلومات حول الأسلوب الذي تتبعه المرأة في معالجة العنف الذي تتعرض له.
7. تطبيق قائمة بيك للإكتئاب، ومقياس القلق حالة- سمة، لمعرفة إذا كان لدى أفراد العينة أي إضطرابات أخرى مرافقة لإضطراب مابعد الصدمة مثل الإكتئاب.
8. إعطاء أفراد العينة معلومات حول طبيعة العلاج، وآلية إجراءات العلاج الجمعي.
9. توقيع الإتفاقية العلاجة بين الباحثة والمشاركات ملحق رقم (1).

الاجراءات:

قامت الباحثة بمقابلة جميع أفراد العينة كل على حدة في مكتب مخصص لذلك فـــي دار الوفاق الأسري. حيث قامت الباحثة بالتعريف عن نفسها، والتعرف على أفراد العينـــة بـــشكل فردي والعمل على تطوير علاقة علاجية بينها وبين كل مشاركة. ثم بينت الباحثة للمشاركات هدف الدراسة، و طبيعة الجلسات الجمعية، وشروط الانضمام إلى الجلسات الجماعية،وقدرتهن على الانسحاب من البرنامج العلاجي في أي وقت. وأخذت موافقة المشاركات على الإشـــتراك ببرنامج العلاج الجمعي، بعد أن تم توقيع نموذج الاتفاقية العلاجية قامت الباحثة بتطبيق المقابلة التي صممت خصيصاً لتلبي غرض الدراسة وذلك للتعرف على نوع العنف الذي تعرضت لـــه

المشاركات، وتطبيق قائمة بيك للإكتئاب، ومقياس القلق حالة– سمة. وبعد الاتفاق مع المجموعة تم تحديد موعد الجلسة القادمة للبدء بالعلاج الجمعي.

الجلسة الأولى : تكوين المجموعة والتعارف

أهداف الجلسة:

1. إستقبال أعضاء المجموعة، والترحيب بهم، وايجاد جو من الألفة.
2. التعرف على المعالجة، وتعريف أفراد العينة بعضهن ببعض.
3. إقامة علاقة علاجية قائمة على الثقة والإحترام بين الباحثة وجميع أفراد العينة.
4. التعرف على توقعات أفراد العينة من البرنامج العلاجي.
5. التعرف على البرنامج العلاجي الذي سيتم استخدامه.
6. التحدث عن السرية وخصوصية المعلومات، وأخلاقيات العلاج الجمعي.
7. تحديد القواعد التي سيتم إتباعها أثناء الجلسة العلاجية.
8. تحديد شعار يدل على بدء الجلسة وآخر يدل على إنتهاء الجلسة.
9. تحديد واجبات ومسؤوليات كل من المعالج وأفراد العينة.

الإجراءات:

قامت الباحثة بتجهيز غرفة التدريب الموجودة في دار الوفاق الأسري، لتتناسب مع جلسة العلاج الجمعي. حيث كانت الجلسة على شكل حلقة دائرية على مقاعد مريحة. في بداية الجلسة رحبت الباحثة بأفراد العينة المشاركات في العلاج الجمعي، وشكرتهن على حضورهن بالوقت المحدد، وبدأت ببعض الأسئلة التمهيدية والحيادية مثل: السؤال عن الطقس، والحالة العامة. ثم وزعت الباحثة على أفراد العينة بطاقات تم كتابة إسم كل واحدة على بطاقة، وطلبت من الجميع وضع البطاقة، وقامت الباحثة بوضع بطاقة مكتوب عليها إسمها، وذلك لغاية حفظ أسماء المشاركات والتخاطب بالاسم. عرفت الباحثة بنفسها، وبمؤهلاتها، وبعض هواياتها، مثل أنا الباحثة.... وأعمل... وأحب.... ودوري هنا يتلخص في مساعدتكن على تنمية بعض الأساليب الهامة التي تساعدكن في التقليل من بعض الأعراض الموجودة لديكن مثل الخوف والقلق من ثم طلبت الباحثة من المشاركات أن يعرفن أنفسهن، وأن يتحدثن عن هواياتهم، أعمارهم، وعملهم، وحياتهم بشكل عام. بعد الإنتهاء من التعريف شكرت الباحثة المشاركات

على تعاونهن وصراحتهن، ولأنهن تجاوبن معها. ثم بينت الباحثة للمشاركات هدف هذه اللقاءات وبينت لهم طبيعة الجلسات العلاجية، وموعدها، وتم الإتفاق على موعد لجلسة واحدة أسبوعياً بما يتناسب مع أوقات المشاركات لمدة عشرة أسابيع متتالية، وتكون مدة كل لقاء (90) دقيقة. وبعدها سألت الباحثة المشاركات عن توقعاتهن في نهاية هذه اللقاءات. وتم النقاش في هذا الموضوع. ثم قالت الباحثة نحن هنا مجموعة واحدة مكونة من قائد المجموعة ، وأعضاء المجموعة وأنا سأقود المجموعة وأنتن الأعضاء، ثم قامت الباحثة بسؤال المشاركات " **ماذا تحبون أن تسموا هذه المجموعة؟**

وبعد إقتراح أكثر من إسم للمجموعة تم إختيار إسم "**مجموعة الفتيات الخارقات**"

ولتحديد الشروط التي يجب أن يتم إتباعُها أثناء الجلسة العلاجية، مهدت الباحثة ذلك للمشاركات بقولها: عندما نريد أن نبني بناء ما فما هو أهم شيء في هذا البناء حتى يبقى ثابتاً.

المشاركات: الأساس.

الباحثة: أجل الأساس، حتى يبقى هذا البناء متماسكاً يجب أن يكون أساسه متين، ومجموعة الفتيات الخارقات مثل هذا البناء يجب أن يكون أساسها متين، وحتى يكون ذلك يجب أن نضع لهذه المجموعة مجموعة من القواعد والشروط التي يتوجب على الجميع الإلتزام بها.

ثم قالت الباحثة للمشاركات: دعونا نضع شروطاً لهذه المجموعة. وبعد مشاركة الجميع تم التوصل إلى الشروط التالية للمجموعة:

أولاً: الإلتزام بحضور جميع الجلسات بالوقت المحدد.

ثانياً: الإصغاء و الإستماع الجيد عندما تتحدث أحد المشاركات وعدم مقاطعتها.

ثالثاً: الصدق أي أن تقول المشاركات كل شيء بصدق، بالإضافة إلى التعبير الانفعالي عما يجول بخاطرها.

رابعاً: وجود الاحترام المتبادل بين المشاركات وعدم إصدار أي حكم على أحد المشاركات أو الإنتقاد.

خامساً: الإلتزام بأداء الواجبات التي تطلب من المشاركات.

سادساً: تقديم الدعم النفسي من المشاركات للمشاركة التي تكون تتحدث، عندما تنتهي من حديثها.

سابعاً: المحافظة على سرية المعلومات التي تقال داخل المجموعة.

حيث أكدت الباحثة للمشاركات أهمية السرية في هذه الجلسات وأن يبقى جميع ما تم قوله داخل هذه الغرفة ولا يخرج منها، وأكدت على المشاركات عدم الحديث عن أي شيء حدث داخل

الجلسة بالخارج. ثم قامت الباحثة بالطلب من المشاركات بوضع شعار أو رمز معين يدل على بداية الجلسة أي أنه عندما نقول هذا الشعار فإنه يدل على بدأ الجلسة، وأن على الجميع الإلتزام بالقوانين الخاصة بالمجموعة. وبعد التشاور وسماع أكثر من شعار تم إختيار "**آية الكرسي**" لبدء الجلسة، وتاكدت الباحثة من أن جميع المشاركات يحفظونها. وبعدها قالت الباحثة إذاً آية الكرسي لبدء الجلسة، الآن نريد شعاراً آخر يدل على نهاية الجلسة. وبعد أخذ الإقتراحات تم الإتفاق على دعاء " **اللهم أهدني فيمن هديت، وعافني فيمن عافيت، وتولني فيمن توليت، وبارك لي فيما أعطيت، وقني شر ما قضيت، فإنك تقضي ولا يقضى عليك، وإنه لا يذل من واليت، ولا يعز من عاديت، تباركت ربنا وتعاليت**" حيث كانت جميع المشاركات في البرنامج مسلمات ثم تم ترديده أكثر من مرة حتى تمكنت جميع المشاركات من حفظه. ثم تم قرأته مرة أخرى إعلاناً لنهاية الجلسة.

الجلسة الثانية (جلسة تثقيفية)

اهداف الجلسة:

1. إعطاء المشاركات معلومات حول الصدمات التي قد يتعرض لها الشخص وردود الفعل المختلفة الناتجة عنها الطبيعية وغير الطبيعية.
2. إعطاء المشاركات فرصة للتحدث عن الإساءة التي تعرضن لها. أو اي قضية أخرى ذات علاقة.
3. تعريف المشاركات بمفهوم الأفكار اللاعقلانية من خلال المبادئ الأساسية لنظرية إليس، وتدريب المشاركات على تفنيد الأفكار اللاعقلانية.

الإجراءات:

رحبت الباحثة بالمشاركات، ثم أعلنوا بداية الجلسة بقراءة **آية الكرسي**، وبعدها قامت الباحثة بتلخيص ما تم في الجلسة السابقة، وثم أعطت المشاركات بعض المعلومات المكتوبة عن الأحداث الصادمة التي قد يتعرض لها الشخص في حياته اليومية، أثرها عليه كما هو موضح بالملحق (10). بعدها قامت الباحثة بتوضيح نموذج إليس للأفكار اللاعقلانية مقدمة مثالاً من خبرات المشاركات كما في الجدول رقم (1).

جدول (1)

نموذج إليس للأفكار اللاعقلانية

الأحداث A (Activating Events)	مثال: تذكر الخبرة أو الحدث الصادم الذي تعرضت له نتيجة العنف أو الإساءة التي تعرضت لها
الأفكار B (Irrational Beliefs) اللاعقلانية	الحياة سيئة أخشى على نفسي من الجنون أخشى على نفسي من فقدان السيطرة أخشى أن يقتلني أخشى أن أصاب بالاكتئاب أكرر الحديث مع نفسي بأنني بائسة وسيئة الحظ
النتائج C (Consequences)	تأثر الحالة المزاجية (الشعور بالاحباط والبكاء الدائم، والشعور بالقلق، والحزن والندم) تأثر السلوك (لا أحب التفكير بما جرى لي، أتجنب حتى ذكر اسمه، والذهاب وحتى رؤية أي شيء يذكرني بما حدث لي)
التفنيد D (Deputing)	أنا لست السبب بما حدث لي لست الوحيدة التي تعرضت لمثل هذه الإساءة إنه أمر عادي قد يحصل للجميع إنني سبق وتعرضت لمثل ذلك وأستطيع التغلب عليه هل سيقتلني فعلاً؟ ما مدى صحة هذه الفكرة؟ ما الدليل بأنها سوف تحدث؟
الآثار المترتبة على التفنيد E (Effects)	التوقف عن البكاء رفض الشعور بالحزن والاحباط مشاركة الآخرين

	التفكير بشكل منطقي
F (New Feelings) المشاعر الجديدة	الشعور بالراحة النفسية تقبل الآخرين زيادة الثقة بالنفس تقبل أعذار الآخرين وظروفهم
G (Goals) الأهداف	القدرة على مواجهة المواقف المشابهه والمختلفة

وبعدها طلبت الباحثة من المشاركات أن يذكرن حدث في حياتهن أثر عليهن، وأن يذكرن الأفكار والمشاعر التي ترافقت مع هذا الحدث، وما النتائج المترتبة على ذلك، وذلك بهدف التفريغ النفسي والشعور بأن ما مرت به من تجارب عانى منها الآخرون وهي ليست الوحيدة.

بعض الأمثلة على اجابات المشاركات:

- المشاركة (ع) تذكرت الموقف الذي حاول به زوجها إحراقها بالكاز بعد أن قام بتقيدها بالحبال، وكانت تشعر بالخوف والرعب الشديد، وكانت تعتقد بأن زوجها سوف يقتلها، وأنه مجرم وسفاح، ولن يدعها وشأنها، وأنها من المؤكد أنا سوف تموت على يده، وغالباً ما كانت هذه الخبرات تراودها في أحلامها.
- المشاركة (ب) تذكرت ظلم أمها وضربها لها، وشعرت بالخوف والحزن الشديد، وكانت تعتقد أن هذا الوضع لن يتغير، وسوف تبقى تحت هذا الظلم والتهديد الدائم، وأنها بمكان غير آمن.
- المشاركة (ش) تذكرت ضرب زوجها لها، وحرمانها من كل شيء، والشك الدائم، وكيف أشعرها ذلك بالخوف وعدم الأمان، واعتقادها بأن زوجها مجنون وسوف يفعل أي شيء بها في أي لحظة.

بعدها سألت الباحثة المشاركات عن النتائج الناجمة عن هذه الأفكار والمشاعر المرافقة لها، وما هو السلوك المتبع لديهن للتخلص من هذه الأفكار.

بعض الأمثلة على ردود الفعل النفسية والجسدية المرافقة لتذكر الأحداث

- الشعر بآلام في المعدة، وغصة في الحلق كأنها سوف تختنق.
- آلام في المعدة، وتعرق، بالإضافة إلى إصفرار الوجه.

- آلام في الفكين، وتشنج في أصابع اليد اليسرى، والقدم اليسرى.
- الشعر بالخوف والرعب الشديد.
- تكرار الكوابيس المتعلقة بالحدث أو الإساءة.
- تذكر الأحداث كلما رأت أو سمعت شيء له علاقة بالحدث أو الإساءة.

ثم سألت الباحثة المشاركات عن مشاعرهن بعد الحديث عن خبراتهن أمام الجميع، كانت الإجابة بأنهن شعرن بالإرتياح لأنهن وجدن من عانى مثلهن، ووجدن الدعم من بعضهن البعض. وعند السؤال إلى أي مدى تزعجهن هذه الخبرات وهل الأفكار التي تستجر مثل هذه الاستجابات حقيقية وواقعية؟ وعندما تأتينا هذه الفكرة علينا أن نسأل أنفسنا إلى أي مدى هذه الفكرة صادقة، وما هي الأدلة على أنها سوف تحدث؟ وما نسبة حدوثها؟ كيف يمكن أن أتحقق من هذه الفكرة؟ ماذا لو لم تحدث هذه الفكرة؟ كيف ستكون حياتي من دون هذه الأفكار؟ ماذا لو تحسن الأمر وأصبح أفضل من الماضي؟ ما هي النتائج المترتبة على ذلك؟ واستمرت الباحثة بتعليم المشاركات كيفية تفنيد هذه الأفكار والتأكد من صحتها. وبعدها قامت الباحثة بسؤال المشاركات عن أسلوب التدبر الذي تستخدمه كل واحدة منهن للتخلص من هذه الأفكار والمشاعر والإحساسات المرافقة لها.

أمثلة على بعض أساليب التدبر لدى المشاركات:

- ألجأ إلى البكاء.
- ألجأ إلى النوم.
- التفشش في أعمال المنزل.
- الصراخ وضرب الأطفال.
- لاشيء أبقى خائفة ومرعوبة حتى ينتهي الأمر.
- ألجأ إلى الهروب من المنزل.

وبعدها سألت الباحثة عن مدى شعورهن حول فعالية هذه الأساليب في إزالة الأفكار المتعلقة بما مررن به وفي خفض المشاعر السلبية ، قيموا مدى فاعلية هذه الأساليب على المقياس المكون من 1- 10 حيث أن الرقم (1) يدل على أن هذا السلوك غير فعال في خفض هذا الشعور والرقم (10) يدل على أنه فعال بشكل كبير.

وبعد الإنتهاء من التقييم. الباحثة: كما رأيتم فإن هذه الأساليب التي تستخدمونها لم تكن فاعلة بشكل كافي للتخلص من هذا الشعور وهي أساليب تدبر سلبية. اليوم سنتعلم استراتيجية قد تكون

أكثر فاعلية في خفض القلق، والتوتر الموجود لديكم وستشمل إجراء لـه علاقـة بـالتغيرات الفسيولوجية المرافقة لهذه الخبرات المزعجة أو الإساءة (ضبط الانفعالات)وهو التدريب على أسلوب التنفس العميق، والإجراء الآخر ما تعلمناه قبل قليل وهو كيفية التعامل مـع الأفكـار اللاعقلانية وتفنيدها ومواجهتها بأفكار عقلانية.

وبدأت الباحثة تعليم المشاركات خطوات التنفس العميق ملحق (2)، وبعد الإنتهاء من التطبيق أعطت الباحثة للمشاركات معلومات عن فائدة هذه الاستراتيجية في خفـض القلـق، والتـوتر واعراض اضطراب ما بعد الصدمة. وبعد إعطاء الواجبات تم إعلان نهاية الجلسة .

الواجبات:

1. التدريب على التنفس العميق 3 مرات صباحاً، و3 مرات عصراً، و3مرات قبل النـوم يومياً.
2. كتابة صفحة على الأقل عن الإساءة التي تعرضت لها المشاركات، وكتابة جمل تـدل على أثر هذه الإساءة، وكيف أثرت على أفكارهن حول انفـسهن، وحـول الآخـرين، وحول العالم، وكيف أثرت على شعورهن بالآمان والثقة وتقدير الذات.
3. مراقبة الأفكار اللاعقلانية، والمشاعر المرافقة لها، والسلوكات الناتجة عنها، وتفنيدها.

نموذج مراقبة الأفكار اللاعقلانية

الفكرة التي تجول في ذهني	المشاعر المرافقة لها	السلوكات الناتجة عنها	تفنيد هذه الأفكار

الجلسة الثالثة:

الاهداف:

1. مناقشة الافكار اللاعقلانية الموجودة لدى افراد العينة.
2. التخلص من المشاعر السلبية و الإحساس بالعجز، باستخدام أسـاليب التـدبر العقليـة والجسدية.

3. إكساب افراد العينة مهارة الحوار الإيجابي مع الذات، والقيام بأنشطة من شأنها تقليل التوتر.

الإجراءات:

1. مناقشة الواجب المنزلي، ومعرفة أثر الإساءة على أفراد العينة ومعرفة الأفكار التي تراودهم، وماهي المشاعر المرتبطة بهذه الأفكار، وما نتائجها السلوكية.
2. أوضحت الباحثة لأفراد العينة معنى الحوار الذاتي ، وأنه عبارة عن الأفكار التي تدور في أذهاننا عند مرورنا بخبرة او نشاط ما في حياتنا اليومية في الحاضر والماضي. وان الفرد منا يقول لنفسه كلاماً أو عبارات سلبية أو ايجابية، وكل عبارة من هذه العبارات تثير لدينا انفعالاً معين، يعتمد على نوع الحوار الذي لدينا. فهناك نوعان من الحوار مع الذات، الأول: وهو الحوار السلبي مع الذات الذي يتضمن عبارات الفشل، والخوف، وعدم القدرة، ولوم الذات، والشعور بالذنب مثل قول " أنا شخص فاشل، لن أستطيع تخطي هذه العقبة" أو " أنا أعرف أنني لن أنجح أبداً" " أنا السبب في ذلك" " أنا أستحق ما حصل لي لأنني كنت السبب في ذلك" . فهذا النوع من الحديث يؤدي إلى الإنزعاج و القلق . اما النوع الثاني من الحوار: فهو الحوار الإيجابي مع الذات مثل أن يقول الفرد لنفسه " انا ناجح ولدي القدرة، ولست ضعيفاً" أو " انا أستطيع التغلب على هذه العقبات" " مافعلته كان صحيحاً ويجب أن يأخذ المسيئ عقابه". فإن هذا النوع من الحديث الإيجابي مع الذات يشعرنا بالسعادة ويبعث فينا الطاقة و الأمل ويزيد من دافعية الفرد. وبعدها طلب الباحثة من المشاركات التحدث عن مرات تكرار الحوار ونوعه الذي يستخدمنه مع أنفسهن، وكانت الإجابة بأنه في الغالب حوار سلبي.

بعض الأمثلة من إستجابات المشاركات:-

" أنا مش منيحة ، لو إني منيحة كان ما صار فيه هيك"

" أنا ما راح أقدر أطلع من هاي المشكلة"

" أنا ما عندي مستقبل"

" ما راح يتغير أي شي"

" أنا ما فكرت غير بحالي وتركتلوا الولاد، الحق علي ما كان لازم أتركهم"

وطلبت الباحثة من المشاركات تذكر موقف الإساءة التي مرت بها ثم تم حصر ومناقشة هذه الأفكار السلبية واللاعقلانية والمشاعرالموجودة لدى المشاركات، ومحاولة إستبدالها بأفكار

عقلانية، وبعدها طلب الباحثة من المشاركات ان يتدربوا على الحديث مع انفسهم بطريقة إيجابية، وطلبت من المشاركات على التوالي أن يقفن في منتصف الدائرة ويقلن عبارات إيجابية لذواتهن أما الجميع بصوت عالي أكثر من مرة مثل " انا قوية" " مستقبلي سيكون جميل جداً" " سأتغلب على هذه المشاكل الموجودة لدي" " لن يؤثر علي شيء بعد اليوم" " أنا واثقة من نفسي" ... إلخ من العبارات الإيجابية، بحيث كل عبارة تقابل فكرة سلبية موجودة لدى المشاركات، وقد تدربت جميع المشاركات على استبدال العبارات السلبية بعبارات إيجابية واقعية عدة مرات وبعد أن ادركت الباحثة أن المشاركات تعلمن ما طلبت منهن تم التدريب على التنفس العميق.

وبعدها شكرت الباحثة المشاركات، وتم إعطائهن الواجبات المنزلية، وهي:

1. تعبئة جدول حوار الذات، والذي يتضن العبارات السلبية التي يتم استخدامها بالعادة لدى أفراد العينة، والعبارات الإيجابية البديلة لها.

نموذج الحوار الذاتي

العبارات السلبية المستخدمة	العبارات الإجابية البديلة لها

2. ممارسة التنفس العميق.
3. تعبئة نموذج المقارنة بين السلوك العام قبل الإساءة وبعدها ، ويتضمن إدراج الأشخاص، السلوكات، الأماكن التي كانت ترتادها، أو تعودت عليها قبل الإساءة، والآن أصبحت تتجنبها.

نموذج المقارنة بين السلوك العام قبل الإساءة وبعد الإساءة

السلوك العام قبل الإساءة	السلوك العام بعد الإساءة

4. تعبئة نموذج الأفكار غير العقلانية.

الجلسة الرابعة:

الأهداف:

1. توضيح العلاقة بين التغيرات العضلية وعلاقتها بالتوتر والقلق.
2. تدريب على استراتيجية فسيولوجية للتعامل مع القلق وهي الاسترخاء العضلي.

الإجراءات:

بعد الترحيب بالمشاركات، وإعلان بداية الجلسة، تم مناقشة الواجبات المنزلية. بعدها أخبرت الباحثة المشاركات أن هدف هذه الجلسة هو تعلم إستراتيجية جديدة للتعامل مع القلق الذي تعانين منه، والتوتر الموجود لديهن، وهذه الإستراتيجية هي الإسترخاء العضلي.

بدايةً قامت الباحثة بتوضيح المواقف التي تسبب التوتر و الضغط النفسي، وطلبت من المشاركات تذكر بعض أحداث الإساءة التي تعرضوا لها. وما هي أحساساتهم الجسمية و الانفعالية نحو هذه الأحداث. وما هي الأفكار التي تدور في أذهانهم حول تلك الأحداث.

ثم أوضحت الباحثة لهن ان هذه التوترات والضغوطات تؤدي إلى الإحساس بالخطر الدائم، و الإنزعاج حول كثير من الأمور التي تخصنا مثل حياتنا أو مستقبلنا، أو تخص أقربائنا أو أناس نعرفهم، كما ينتج عنها إحساس بالتوترات العضلية.

وبعدها أوضحت الباحثة انه كلما كان الإنسان قلقاً فإنه يشعر بالتوتر، والإنزعاج و الآلام العضلية و الجسدية، وكلما كان مسترخياً شعر بالهدوء و السكينة التي تمكنه من التعامل مع المواقف التي يواجهها بشكل هادئ وموضوعي، ومن هذا المنطلق فإن الإسترخاء والقلق لا يجتمعان، ولهذا سنتدرب اليوم على الإسترخاء العضلي، وعند إجادة مهارة الإسترخاء فإننا نستخدمها في كل المواقف التي نشعر بها بالتوتر والإنزعاج.

وقامت الباحثة بالتوضيح للمشاركات بأن الإسترخاء العضلي يشمل جميع عضلات الجسم، حيث يبدأ من الكفين وينتهي عند القدمين، ويجب على الشخص أن يستلقي على أريكة مريحة، ويغمض عينيه أثناء الإسترخاء. وبعد شرح كيفية الاسترخاء العضلي للمشاركات طلبت الباحثة من المشاركات الإستلقاء، وإغماض أعيونهن، ثم أخذ نفس عميق ثلاث مرات، ثم بدأت بتطبيق الإسترخاء العضلي، ملحق (3).

الواجبات المنزلية:

1. تعبئة جدول الأفكار اللاعقلانية.
2. التدريب على الاسترخاء العضلي.

الجلسة الخامسة والسادسة:

الأهداف:

1. اتقان الاسترخاء العضلي.
2. التدريب على توكيد الذات عن طريق لعب الأدوار

الإجراءات:

بعد مناقشة الواجبات المنزلية، تم الطلب من المشاركات ذكر بعض المواقف مع الشخص المعنف والتي تثير لديهم الرعب، وكيفة تعاملهم مع هذه المواقف. مثال:-

المشاركة م: وهي يتيمة وتعيش في منزل جدتها، "أنا أخاف كثيراً من جدتي و خالي، جدتي دايماً بتضربني، ودايماً بتسمعني كلام مش منيح وبتسب علي، ودايماً بتتهمني أني بعرف شباب، وبتحكي هيك وبتضل تضربني، أنا لما بسمع هاد الحكي منها بصير بدوا يغمى علي، وبصيبيني تشنجات كتير، أنا كتير بخاف منها وما بقدر أحكي أي شي بضل ساكته، ومرات من كتر الضرب ما بحس فيه"

بعد أن ذكرت جميع المشاركات موقف مشابه، وتم عمل سيناريوهات قصيرة لكل موقف، وتم توزيع الأدوار على المشاركات. ففي المثال السابق تم الطلب من مشاركة أخرى القيام بدور الجدة التي تلقي اللوم الدائم على الفتاه، والتهديد الدائم لها، وضربها، وشتمها بألفاظ نابية، أما الفتاه فقد تم تشجيعها على أن تتخيل أن جدتها أمامها وعليها أن تتصرف بصلابة وثقة وأن تدافع عن نفسها وتثبت ذاتها وأن تقول كل مالديها.

وبعد مشاركة الجميع سالت الباحثة المشاركات عن شعورهن بعد لعبهم لهذه الأدوار. ومن ثم تم إعادة تدريبهم على الإسترخاء العضلي، وتم تزويد المشاركات بمعلومات مكتوبة عن العلاج التوكيدي.

الجلسة السابعة والثامنة والتاسعة:

الأهداف:

1. مناقشة الواجب البيتي.

2. تحديد الأماكن والمواقف والأشخاص الذين تتجنبهم المشاركات.
3. التدريب على التعرض التدريجي عن طريق الخيال

الإجراءات:

بعد الترحيب بالمشاركات تم مناقشة الواجب المنزلي، ثم بينت الباحثة للمشاركات هدف هذه الجلسة وهو التعرف على الأماكن أوالمواقف أو الأشخاص أو الذكريات المرتبطة بالصدمة والتي تحاول المشاركات تجنبها، وأوضحت الباحثة للمشاركات بأن التجنب لن يخلصهن من الخوف والقلق الذي يشعرن به كلما واجهن أي موقف أو أي شخص أو تذكرن شيء له علاقة بالصدمة. بل الطريقة التي تخلصكن من جميع المخاوف والقلق حول ما يذكركن بالحدث هي مواجهة هذه المخاوف والتغلب عليها بشكل تدريجي، وذلك من خلال المهارات التي تم إكتسابها خلال الجلسات السابقة مثل التنفس العميق، والاسترخاء العضلي، والحديث الايجابي مع الذات، وتدريبات توكيد الذات بالإضافة إلى التي سوف نكتسبها خلال الجلسات اللاحقة. وقبل البدء بالتدريب أريدكن أن تتحدثن عن الأشياء التي تذكركن بالعنف الذي تعرضتن له والتي أصبحتن تحاولن الابتعاد عنها لأنها تشعركن بالخوف والتوتر، وهذه الأشياء قد تكون أماكن أو أفكار أو أشخاص أو غير ذلك. وبعد إنتهاء المشاركات من الحديث وذكر الأشياء التي أصبحن يتجنبنها، قامت الباحثة بترتيبها بشكل متدرج من الأقل إثارة للقلق إلى الأكثر إثارة للقلق، حيث تم وضع هذا التدريج بحسب درجة التوتر والخوف الذي تثيره تلك الأشياء لدى المشاركات. وطلبت الباحثة من المشاركات تقييم شدة القلق والتوتر الذي يثيره كل موقف منهم على تدريج رقمي لقياس درجة الخوف والتوتر، حيث يمثل الرقم (1) درجة خوف قليلة و الرقم (10) درجة خوف شديدة، وتطلب الباحثة من المشاركات استخدام هذا المقياس عند تخيل الأشياء المثيرة للخوف لديهن وأكدت على استخدام العبارات المشجعة والحديث الإيجابي مع الذات خلال تذكرهن هذه الأشياء.

وبعدها تم تطبيق التنفس العميق والاسترخاء العضلي، وبعد الانتهاء منه بدأت الباحثة بتعريض المشاركات إلى تلك الأشياء التي تذكرهن بالأحداث المؤلمة بالتدريج حيث تذكر الباحثة أخف موقف من هذه المواقف وتستمر بهذا التعريض وتسأل المشاركات عن درجة الخوف التي يشعرن بها الآن على المقياس من (1– 10) وعندما يزول الخوف نهائياً من هذا الموقف تنتقل إلى الموقف التالي حسب التدريج الهرمي، وتطلب الباحثة من المشاركات

تذكر هذه المواقف جيداً، وأن يستشعروا بكل ما هو موجود من حولهم، وأن يتذكروا جيـداً وتقوم بتشجيعهن على مواجه الموقف بالكلمات الإيجابية مثل أنت قوية، وبإمكانك التغلـب على هذا الموقف وتستمر الباحثة بقول العبارات المشجعة.

الواجب:

1. تطلب الباحثة من المشاركات الإستمرار بتكرار هذا التمرين.

الجلسة العاشرة:

الأهداف:

1. التخطيط للمستقبل.
2. التخيل الإيجابي.
3. كيفية التعامل مع ما هو متوقع من مشاكل وتحديات.

الاجراءات:

رحبت الباحثة بالمشاركات، وقامت بتلخيص الجلسات السابقة، وذكرت المشاركات بأن هذه الجلسة هي قبل الأخيرة، وسيتم التحدث عن المستقبل فيها.

وبعد مناقشة الواجبات المنزلية وذكر أية مواقف داعمة تدربن عليها وإعطـاء أمثلـة عليها، سألت الباحثة المشاركات عن أفكارهن حول المستقبل وقامت كل مشاركة بالحديث عما تخطط له بعد خروجها وأظهر الجميع تعاون في وضع خطط واقعية للمستقبل وكيفية الاستفادة مما تعلموه وما أدركوه من نقاط ضعف لديهن. ثم طلبت الباحثة من المشاركات إغماض أعينهن والإسترخاء، بعدها طلبت منهم أن يحاولوا تخيل حياتهم بلى عنف حياة هادئة وسعيدة، يحاولوا ويتخيلوا أنفسهم يمارسوا النشاطات التي أحبوها دائماً، وأنهن مع الأشخاص الذين أحبوهم دائماً، حاولوا أن تستشعروا بوجودهم معكم بنفس المكان، تخيلوا بأنكم في أجمل مكان حلمتم بزيارنه، تخيلوا اين أنتم الآن من معكم، ماذا ترون، ماذا تسمعون، بماذا تشعرون، ماذا تـشمون، مـاذا تأكلون حاولوا أن تستشعروا بمذاقه. أنتم الآن في أجمل لحظات حياتكم مه هؤلاء الأشـخاص.

ماذا تريدون أن تقولوا لهم، قولوا كل شيء لديكم، تخيلوت مستقبلكم وأنه سيصبح زاهراً، مـــاذا سوف تحققون، بماذا تحلمون تخيلوا أنفسكم وأنتن تحققون ما تريون.

وفـي النهايـة شـكرت الباحثـة المـشاركات علـى حـضورهن الجلـسات والاسـتمرار فيهـا، وأعطتهن بعض النصائح، وأكدت عليهن مواظبـة تمرينـات الاسترخاء، والتـنفس العميـق، وأهميـة الحديث الإيجابي مع الذات وتمارين توكيد الذات لزيادة التحسن.

التقييم النهائي:

الأهداف:

1- مراجعة ما تم تعلمه في الجلسات السابقة.

2- التقييم النهائي للمشاركات، وتعبئة المقاييس المستخدمة في الدراسة.

3- أخذ تغذية راجعة حول ما تم الإستفادة منه.

الإجراءات :

قامت بتلخيص جميع ما تم تعلمه في الجلسات السابقة، وتم مناقشته مع أفـــراد العينـــة، وطلبت منهن وضع أي استفسارات حول البرنامج العلاجي، ووضع تقييم لمقدار استفادتهن من البرنامج، وأخبرتهن بأن هذه الجلسة هي الجلسة الأخير، وطلبت منهن الإجابة على مقياس مـــا بعد الصدمة، ومقياس الإكتئاب، ومقياس القلق حالة- سمة.وفي النهاية تمنت الباحثـــة للجميـــع التوفيق وزودتهن برقم هاتفها للمساعدة عند الضرورة، وأخبرت الباحثة المشاركات بأنها ستعود بعد شهر لتطبيق المقاييس التتبعية.

بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي لم تستطيع الباحثة تطبيق المقاييس فـــي القيـــاس التتبعي وذلك بسبب تسرب معظم أفراد العينة، فتم متابعتهم عبر الهاتف لـــصعوبة الوصـــول إليهن، وتبين من خلال الاتصالات الهاتفية استمرار التحسن لديهن.

ملحق (12)

استعراض لبعض الحالات

■ الحالة م. خ، وتبلغ من العمر (19) سنة ، وقد تعرضت للعنف الجسدي، والنفسي، واللفظي المباشر وغير المباشر من قِبل والدها، الذي كان يمارس العنف عليها وعلى جميع أفراد الأسرة، كما أن والدها حالياً قد دخل السجن بسبب قيامه بقتل أحد الأشخاص، فقد جاء به إلى المنزل أمام الجميع وأدخله إلى غرفة داخل المنزل، وبعد فترة من التعذيب له خرج الأب وهو يسحب هذا الرجل وهو ميت وأحشاؤه قد خرجت منه على مرأى من أولاده، والآنسة م تعاني من كوابيس مزعجة وكثيرة لنتيجة هذا العنف الذي تعرضت له، ولا تزال تشعر بالرعب الشديد من مشهد الرجل الذي قتله والدها.

■ الحالة ع.ب

تعاني من العنف الجسدي، والجنسي، واللفظي، والنفسي، والاجتماعي، كما تعاني من الحرمان من جميع الاحتياجات الأساسية، من قِبل زوجها.

بدأت معاناتها من ثاني يوم بعد زواجها، حيث قام الزوج بتخيرها بينه وبين أهلها، وهددها بالطلاق إن لم تقطع جميع صلاتها بأهلها، فخضعت له. وحتى الآن لم ترى أحداً من أهلها منذ 18 سنه ولا تعرف عنهم شيء. وأستخدم زوجها في تعذيبها شتى الوسائل، من أدوات حادة وصلبة. ويوجد في جسمها آثار للضرب والجروح، وبعض الحروق. حاول زوجها قتلها مرة بطريقة جنونية، حيث قام بتقيدها بالحبال، ووضعها في دائرة من الكاز وقام بإحراق الكاز، وكاد أن يحرقها هي، ولكن قام ابنها الأكبر البالغ من العمر 15 سنة بضرب أبيه بسكين، وقاموا بإطفاء النار.

■ وتعاني السيدة ع. من العنف الجنسي، حيث لا يمارس زوجها الجنس معها إلا تحت تهديد السلاح، وحتى وهو نائم يضع موس تحت وسادته. لا يمارس معها الجنس إلى من الشرج، وهذا أدى إلى إصابتها بالبواسير. وتعاني من العنف اللفظي حيث لا ينعتها إلا بأبشع الألفاظ. وتعاني من الإهمال حيث أنه لا يوفر لها حتى لقمت الطعام.

- الحالة م. وتعاني من العنف الجسدي، والنفسي، وعنف اقتصادي. حيث يدمن زوجها على الكحول، ويستخدم أي شيء يقع تحت يده لضربها. ويضرب الأطفال، حيث قام بقتل طفلين لها، حملهم وخبطهم بالأرض وقام بالدهس على رؤوسهم حتى الموت وهم بعمر 8 أشهر، وعند تقديم شكوى عليه تبين أنه يعاني من مرض نفسي، ولم يسجن. أجبرها على التسول حتى تأتي له بدخل، ويأخذ المال ويشتري الخمر.

THE EFFECT OF COGNITIVE – BEHAVIORAL TREATMENT PROGRAM ON THE REDUCTION OF POST TRAUMATIC STRESS DISORDER SYMPTOMATOLOGY AMONG A SAMPLE OF BATTERED WOMEN IN AMMAN

By
Suad Ghazi Badran

Supervisor
Dr. Arwa Aamiry

Co-Supervisor
Tayseer Elias Shawash

ABSTRACT

The purpose of this study was to examine the effectiveness of a Cognitive – Behavioral Treatment Program in the reduction of Post Traumatic Stress Disorder Symptomatology among a sample of battered women in Amman - Jordan. The sample consisted of (17) battered women; (12) of whom were married and (5) were single women. These battered women were chosen after being diagnosed as suffering from Post Traumatic Stress Disorder and were given the highest scores on the Post Traumatic Stress Disorder scale. Four of the chosen sample left during the first sessions while (13) completed the whole treatment program. To meet the diagnostic criteria of DSM-IV- TR, (2000) a Pre- posttest Design was used. The participants completed Beck Depression Inventory and Spelperg State – Trait Anxiety Inventory (STA)- Jordanian Version. were implemented in the pretest. The Cognitive – Behavioral Treatment consisted of (10) sessions, (90- 120) minutes weekly. The participants were asked to completed the three measures again. Pre and post means were calculated and (t.test) was conducted. Results

revealed statistically significante differences on the total score of the Post Traumatic Stress Disorder scale and its three sub- dimensions. Results have also revealed statistical significant differences on the total score of Beck Depression Inventory, as well as on the pre – post score of the Anxiety State- Trait scale.

These results suggest that the Cognitive – Behavioral Treatment Program used in the study was effective in reducing the symptoms of Post Traumatic Stress Disorder among Battered Women, as it was also effective in reducing the symptoms of depression and anxiety.